BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

Brugnoli cav. prof. Giovanni - Direttore

Bacchi dott. Alessandro
Belluzzi dott. Cesare
Capuri dott. Antonio
Gamberini cav. prof. Pietro
Giovanini dott. Antonio
Golinelli dott. Leopoldo
Rizzoli prof. comm. Francesco
Vella prof. cav. Luigi
Verardini cav. dott. Ferdinando

Anno XLIV. Ser. V. Vol. XV.

Marzo 1873

(pubblicato li 24 Aprile 1873)

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1873

INDICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI MARZO 1873

MEMORIE ORIGINALI

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

Memorie Originali

—

FIBRO-MIOMA UTERINO COLLOCATO NEL SETTO VESCICO VAGINALE.

Ostacoli e particolarità avutesi durante il parto: estrinsecazione spontanea ed enucleazione artificiale del tumore. — Relazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna nella Seduta delli 9 Marzo 1873 dal Dott. **EDOARDO PORRO**, già Assistente e Professore Direttore Supplente della R. Scuola di Ostetricia in Milano.

Sebbene l' arte di assistere le partorienti sia positiva e basata, nella parte operatoria specialmente, su principii di meccanica, pure nel massimo numero delle contingenze ostetriche il chirurgo più che da dettami teoretici è sorretto dalla sua o dall' altrui esperienza nello scegliere la via opportuna da seguirsi per tutelare le esistenze affidate alle sue cure. Nulla di preciso può essere indicato e stabilito dai trattatisti di ostetricia che valga sempre per questo o per quel caso. Ad ogni momento condizioni o complicazioni nuove mettono l' ostetrico in imbarazzo, anche là dove fino ad un certo punto le anomalie o gli accidenti, per esser già nel dominio della scienza, sono prevedibili, diagnosticabili, debitamente soccorribili.

Se nel campo delle ristrettezze pelviche di medio grado, l' ostetrico più dotto e più consumato nella pratica non può sempre a prima giunta pronunziare con sicurezza un pronostico e stabilire con certezza il modo con cui intervenire, quantunque un fattore precipuo, la capacità del canale, possa essere a sua perfetta conoscenza, quanta maggiore incertezza e perplessità non saremo per riscontrare nei casi in cui non si arriverà a conoscere uno solo dei dati positivi che giuocano una parte essenziale nella meccanica del parto? Se invece di imbatterci in una delle più comuni e perciò più conosciute cause di distocia, noi ci troveremo di fronte una distocia dipendente da una causa piuttosto rara, le difficoltà che si pareranno innanzi andranno ingrandendo in ragione della rarità o dell' eccezionalità della causa stessa, perchè allora comincierà a far difetto il sostegno principale, la guida meno fallace che negli altri casi ci è fornita dalla pratica, dall' esperienza.

Dovere di ogni cultore dell'ostetricia sarà quello adunque di render di pubblica ragione quelle osservazioni pratiche degne di rimarco per raritá od eccezionalità, onde servano o cooperino a formare la guida più sicura dell' esercizio pratico a maggior vantaggio dell' umanità ed a maggior decoro della scienza.

Obbligato da tali considerazioni, io mi faccio a pubblicare il presente caso eccezionale di distocia da fibromioma uterino, singolarissimo per la sua sede, importante pel modo con cui difficoltò dapprima e rese poscia possibile il parto, interessante pel trattamento chirurgico che ebbe ad esigere.

Quando, come agli occhi miei, un tal caso fosse per apparire degno di special studio anche agli altrui, sarò felicissimo di aver raggiunto lo scopo prefissomi e di aver avuto l' opportunità di presentarmi per la prima volta

fra i Colleghi della Società Medico-Chirurgica di Bologna, a cui voglio dedicato questo piccolo lavoro in segno di stima e riconoscenza, sotto l' egida di una curiosa eventualità ostetrica, che assorbendo l' attenzione dei cultori delle scienze mediche, sottragga o diminuisca la pochezza mia, altrimenti troppo rimarchevole, in confronto dei meriti di Coloro che mi elessero a loro Socio.

Milano. Febbraio 1873

Dott. Porro Edoardo

Uno dei pochi argomenti che non si prestano a lasciar sorgere dispareri fra gli ostetrici è sicuramente quello della distocia materna cagionata da tumori sviluppatisi od insinuatisi nella cavità pelvica. Tutti gli scrittori di ostetricia infatti su questo sono d'accordo, nello stabilire cioè quello che si debba tentare o fare, nel dichiarare la somma difficoltà inerente alla diagnosi della sede, del volume, della consistenza, della mobilità del tumore intropelvico e tutti in coro asseverano essere un tal genere di distocia da reputarsi fra i più gravi ed imbarazzanti che offrir possa l' esercizio ostetrico.

Onde persuadersi delle difficoltà che riguardano la diagnosi di tali tumori all' atto del parto, basta pensare quali spostamenti di rapporto subiscano le parti molli che vestono all' interno il bacino, durante l' espulsione del prodotto, e come per la pressione a cui sottostano, sia alterata in alcuni casi la loro consistenza, modificato il loro calore, la loro forma, la loro umettazione, il loro colore, la sensibilità e la superficie loro e come venga a

diminuire ad essi la libertà di movimento che prima potevano godere attivamente o passivamente. Non è a stupirsi quindi se avverandosi in esse qualche cosa di abnorme, nel sopraparto non sempre sia possibile il risolvere quei quesiti che praticamente sorgono innanzi ad un tumore e non sempre sia possibile di intervenire opportunamente per la diagnosi mancata od errata.

Le difficoltà create dai tumori alla terminazione spontanea od artificiale del parto, crescono in ragione del maggior loro volume, della più grande consistenza loro e dell' essere fissa la produzione morbosa ad una parte molle o dura del cavo pelvico, in modo da non poter essere spostabile in nessun senso. Quando si hanno gli estremi di un volume considerevole, di una consistenza grande e dell' immobilità, la distocia da tumori entra nel quadro delle stenosi pelviche ed ha comune con quelle le indicazioni, gli accidenti ed i mezzi operativi, salvo il caso che l' ablazione o lo svuotamento del tumore si rendessero possibili. Quando invece la consistenza sia poca e la estensione non soverchia, il tumore ancorchè fisso potrà difficoltare e non impossibilitare il compimento naturale od artificiale del parto. Qualunque sia poi il volume e la consistenza del tumore, se questi sarà mobile, il compimento naturale od artificiale del parto non offrirà serii ostacoli, potendosi il medesimo estrinsecare od estrarre dai genitali o ritirarsi o ricacciarsi sul distretto pelvico superiore, restando in ambo i casi libero il canale pel passaggio del feto. Fintanto adunque che le cose staranno racchiuse nei termini generali suddetti, nulla saravvi di straordinario, perchè consono affatto alla osservazione pratica ed all' esperienza che in quest' arido campo la scienza ha acquistato.

In riguardo poi alla mobilità dei tumori intropelvici è notorio dipender essa o da lasse aderenze colle parti

vicine o da un peduncolo di spessore e lunghezza diversa, suscettibile anche di maggior allungamento. Tutti i casi conosciuti fin qui di tumori estrinsecatisi dai genitali per la forza impellente dell' utero, trasmessa pel tramite del corpo fetale, si riferiscono a tumori peduncolati dell' interna superficie uterina o della porzione vaginale del collo della matrice. Il tumore invece di cui io terrò parola, senz' essere peduncolato, senza stare in rapporto coll' interna superficie del canale vulvo-uterino, avendo rapporti di contiguità con tessuti ed organi nobilissimi, potè esso pure estrinsecarsi, percorrendo tutta la trafila pelvica, senza dar luogo a fenomeni gravi, costituendo negli annali ostetrici un caso singolarissimo, unico, che mostrerà ancor più di quali inaspettate risorse fruisca la natura e come la medesima sia altresì prodiga nello scombujare l' umana mente, vestendosi di forme sempre nuove ed inaspettate.

Siccome più che qualsiasi preambolo o dilucidazione sarà per essere istruttiva ed interessante la narrazione del caso clinico, così io passo ad esporla riservandomi in seguito quelle considerazioni che devono necessariamente corredarla.

Alle ore 5 antim. del giorno 12 Ottobre 1872, chiamato dall' egregio collega Dott. *Sacchi*, Medico Condotto nel suburbio di Porta Venezia, recavami al N. 287 del locale chiamato il Lazzaretto presso B..... B..... d' anni 26, cucitrice, nubile, nata e dimorante in quella località. Di sana e robusta costituzione, figlia a parenti sani ed appartenente a famiglia numerosa, immune da malattie ereditarie. Non ebbe disturbi di salute nell' infanzia, nell' adolescenza e nella pubertà, che determinossi all' età di 16 anni, comparendo i mestrui regolarissimi e continuando in appresso colla massima regolarità, senza dar luogo a dolori di sorta od esser preceduti o susseguiti da scoli leu-

corroici. Tranne qualche corizza, qualche leggier catarro bronchiale, la donna non ebbe a lagnarsi in seguito di altre molestie. Lavorava, camminava, accudiva alle faccende domestiche senza provare la menoma difficoltà. È primipara: non ricorda l' epoca dell' ultima comparsa mestruale: ebbe però, in seguito alla cessazione mestruale, inappetenza e salivazione abbondante per alcune settimane. I moti attivi del feto comparvero dalla fine di Maggio al principio di Giugno. La salute durante la gravidanza fu sempre buona e siccome era gravida illegittimamente, volendo nascondere agli occhi altrui lo stato in cui versava, procurò di tenersi ben serrato il ventre, di camminare spedita e di attendere a' lavori suoi come soleva per lo addietro. Nella prima quindicina di Settembre ebbe due volte, ad otto giorni di distanza, uno scolo sanguigno in discreta copia dai genitali. Ella non preoccupossi punto di ciò vedendo che la salute sua si conservava prosperosa e non si fece visitare nè dal medico nè dalla levatrice. Negli ultimi giorni di gravidanza non avvertì che in leggierissimo grado la sensazione di peso e di pienezza del bacino tanto frequente ad essere sentita in misura molesta, massime dalle primipare.

Alla mezzanotte dall' undici al dodici Ottobre incominciarono le doglie del parto con una insolita energia e col principiar di queste ebbe luogo la rottura delle membrane e lo scolo del liquido amniotico. Mandatosi par la levatrice allora, alla costei venuta fu provveduto altresì perchè venisse chiamato il medico, non potendo la mammana conoscere, nella disposizione dell' interno del bacino, nè la parte presentata, nè l' ubicazione dell' orificio uterino. Nel tempo che necessariamente dovette passare dalla chiamata all' arrivo del medico, le doglie uterine erano andate incalzando colla massima energia. Fattosi il riscontro vaginale dal Sig. Dott. *Sacchi*, risultogli chia-

ra la condizione che aveva reso oscuro il diagnostico alla levatrice e che rendeva il pronostico del parto molto riservato, per il che mandò per me colle seguenti parole che compendiano la diagnosi fatta e lasciano trasparire l' apprezzamento savio che della condizione in cui trovavasi la donna aveva saputo fare l' egregio collega. « Bacino ristretto alquanto, ma presentemente ineffettuabile il parto per la presenza in esso (*bacino*) di un tumore ».

L' esame esterno ed interno rilevava però il bacino ben conformato e di giuste misure. Utero di forma ovale, toccante col fondo il limite inferiore della regione epigastrica: leggiera obliquità antero lateral destra: contrazioni avvicinate, durature, assai gagliarde. Parti piccole di feto al fondo dell' utero. Battiti cardiaci fetali deboli, frequentissimi, irregolari, in basso a sinistra. Dal canal pudendo colava in pochissima quantità del liquido amniotico colorato di meconio. Genitali esterni ben conformati e preparati al parto: la sensibilità loro è però esagerata ed il calore vi è notevolmente aumentato. Il canal vaginale è umettato abbondantemente, molto sensibile e più caldo del normale. L' uretra si sente assai grossa, rigonfia e non si può accompagnare fino alla parte alta della sinfisi del pube, perchè al di dietro della sinfisi stessa notasi una tumescenza di una durezza fibrosa, la quale occupa tutta la parte anteriore, la laterale destra e parte della laterale sinistra del bacino. La superficie di questo tumore è liscia, levigata e si sente di consistenza nettamente fibrosa. Spingendo le dita all' indietro, verso la concavità sacrale, si giunge a toccare il bordo anteriore dell' orificio uterino, dilatato circa sei centimetri, a contorno resistente: nel campo dell' orificio toccasi l' estremità cefalica del feto che si presenta pel vertice: non si può determinare la posizione stante l' altezza a cui si

trova il capo e la sentita curva che devono percorrere le dita sul tumore, il che rende impossibile il rintracciare le fontanelle e le commessure. Sentendosi però i battiti cardiaci a sinistra in basso, si ritenne trattarsi di posizione occipito iliaca sinistra.

L' esame attento che si fece del tumore rilevò che il medesimo anche durante la diastole uterina non poteva menomamente smuoversi e che durante la diastole veniva spinto leggermente in basso e si tendeva in modo da presentare una durezza lapidea. Siccome la donna non orinava da qualche ora, allo scopo di sopperire ad una tale indicazione e più ancora per esplorar anche da questa via, si introdusse nel meato orinario il catetere, che per insinuarsi in vescica dovette vincere una discreta resistenza e tenere una direzione verticale, come la teneva l' uretra, accollata fortemente alla sinfisi del pube. A mezzo della siringa si estrassero circa 200 grammi di liquido, il quale fluiva con getto più forte se una mano collocata alla regione soprapubica faceva pressione. Da questo dato si potè escludere affatto il cistocele vaginale come causa della tumescenza intropelvica, che non aveva cambiato parvenze dopo la siringazione.

La palpazione alla regione ipogastrica riesciva negativa nel rintracciare, come si voleva e si desiderava, i confini superiori del tumore, a cagione della tensione spasmodica in cui trovavansi costantemente i muscoli della parete addominale.

Per la sodezza, volume e poca sensibilità del tumore era eliminato il dubbio che il medesimo potesse esser dato da un epiplocele o da un enterocele. Non si trattava nepqure di un cistovario insinuatosi nel cavo pelvico, perchè all' altezza dove trovavasi l' orificio uterino e la parte presentata, non si poteva averne otturato il campo del distretto pelvico superiore e quindi il respingimento del

tumore doveva, poteva essere eseguibile, ciò che non era effettuabile nel caso concreto, anche valendosi dell' intera mano introdotta nel canal vaginale.

Non era un tumore che protrudeva dalla cavità uterina, dacchè se ne sentiva sgombro l' orificio, od almeno si poteva col dito sentire tutto il contorno di detto orificio non reso irregolare da un picciuolo, da una sporgenza qualsiasi, nè dal campo dell' orificio stesso nulla protrudeva, appoggiata contr' esso come stava la testa del feto. Era un tumore del cellulare pelvico, un encondroma, un fibroma uterino o qualche altra produzione nata in grembo alle parti molli del bacino? Ecco quanto mi domandai senza potere per il momento stabilire con sicurezza il giudizio. Epperò, tornando ad esplorare la donna attentamente, dopo un lasso di riposo, notai come il tumore sebbene accollato alla periferia della metà anteriore del bacino sembrava non esservi aderente, mentre invece si sentiva fare come un corpo solo col segmento anterior inferiore dell' utero da cui non si poteva delimitare. E che la sua sede dovesse realmente essere su questo punto anzichè sul circuito pelvico, me lo diceva l' anamnesi per esser stata la donna immune dai fenomeni che avrebbero dovuto accompagnare l' accrescimento di simile tumore se si fosse sviluppato nel cavo pelvico, fenomeni riferibili alla compressione dei vasi, dei nervi, del retto, della vescica, della vagina. La convinzione mia adunque si fu quella che nel caso attuale si trattasse di tumore fibroso della parete anterior inferiore uterina, insinuatosi nel cavo pelvico al momento del travaglio, mantenutovi e reso irrespingibile per la retrazione uterina, per lo spasmo delle pareti addominali e per la compressione che su di esso eseguiva la testa del feto, incalzata da gagliarde contrazioni.

Essendo la donna in buone condizioni generali, poichè non aveva avuto durante il travaglio se non qualche insulto di vomito, con cui emise materie biliari, essendo persistente la vita del feto, insufficientemente aperto l'orificio uterino per permettere qualsiasi atto operatorio inteso ad estrarre il prodotto, si consigliò la partoriente a pazientare, la levatrice a sorvegliare attentamente la donna perchè non si abbandonasse ad eccessivi sforzi che potessero occasionare una rottura uterina, rottura a cui era predisposta e che si poteva temere giusta la diagnosi fatta e la spasmodia delle contrazioni uterine.

Tornato dopo due ore presso la partoriente, cioè verso le 7 1[4 antim. munito degli strumenti embriotomici, per adoperarli nel caso che le condizioni lo avessero permesso o richiesto, trovai la seguente disposizione di cose. La sommità dell' arcata pubica era occupata da un segmento di tumore che vedevasi divaricando i genitali. La rimanente porzione di tumore stava ancora in rapporto coll' arco pelvico anteriore contro cui era fortemente schiacciata. L' orificio uterino si sentiva per piccol tratto verso la sua porzione anteriore e la testa del feto era ancora al distretto superiore, immobile, quasi inchiodata tra il sacro ed il tumore che sembrava cresciuto di volume ed occupante per maggior estensione lo scavo pelvico. I battiti cardiaci più non si sentivano, continuava lo scolo di meconio e le contrazioni si mantenevano assai energiche, secondate dalla donna con premiti e sforzi immoderati cui la sua volontà non valeva a frenare. Temendo che una rottura uterina fosse per esser la conseguenza di questo stato ed essendo cessata la vita del feto, credetti giunto il momento di passare alla perforazione del capo ed all' estrazione sua a mezzo dell' uncino od applicando anche il cefalotritore. Siccome però la cameretta ove trovavasi la partoriente mal si prestava a quanto si

doveva eseguire, per esser bassa al punto da dover tenere il capo chino, per essere male illuminata, peggio aereata ed assai angusta, feci la proposta di trasportare la donna alla Maternità: al che annuirono la partoriente ed i parenti suoi, che vennero da me incoraggiati facendo loro sperare come nell' Ospizio si avrebbe anche potuto risparmiare qualunque operazione diretta a terminare il parto, stante la possibilità di una conveniente e non interrotta assistenza. Il trasporto della donna poi dalla camera ove trovavasi in altra migliore località era imperiosamente richiesto dai provvedimenti che il tumore avrebbe potuto esigere. Lasciata la partoriente nelle condizioni suddescritte, mi recai alla Maternità onde prevenirne l' arrivo, preparare l' occorrente ed avvertire i signori Medici Praticanti che non lasciassero sfuggire l'opportunità di vedere ed esaminare un caso interessantissimo e rarissimo di ostetricia. I signori Dottori *Grassi*, Assistente alla Maternità, *Patellani*, *Giani*, *Viaroli*, ed altri molti, attesero infatti fin oltre le 9 antim. l' arrivo della partoriente nella quale io avevo fatto ed enunciato ai predetti signori Medici, la diagnosi di tumore fibroso attaccato alla superficie esterna del segmento anteriore inferiore dell' utero. Essendo passate le ore 9 antim. e non vedendo comparire la donna, io congedai i signori Praticanti esternando loro il dubbio che il parto avesse potuto compiersi spontaneamente. Abbandonata io pure la Maternità per urgenze professionali, contavo recarmi il più presto possibile al Lazzaretto per raccogliere notizie della donna. Questa però, dopo esser stata in lotta tutto quel tempo tra il desiderio di fermarsi fra le domestiche mura, povere sì ma pur sempre care, finì col cedere alla persuasione e lasciarsi condurre allo Stabilimento, dove pervenne alle ore 9 1[2 antim. ed ove venne contraddistinta col N. 258. L' accolsero e le prodigarono le

volute cure, il Dott. *Antonio Monzini*, appassionato cultore delle ostetriche discipline, e la signora *Leopolda Mainardi*, Levatrice Maggiore addetta alla Maternità. Collocata sul letto del parto, ed assistita dai sullodati, venne notato che il tumore sporgeva dalla commessura anteriore vulvaria per quanto può sporgere la regione occipitale sulla fine del moto di arco di cerchio nella presentazione del vertice in posizione anteriore. Le contrazioni uterine erano valide, avvicinate ed avvalorate sempre da premiti immani che faceva la donna, il cui stato generale conservavasi buono. La testa del feto trovavasi nello scavo e la si poteva sentire introducendo il dito esploratore dalla commessura posteriore della vulva e seguendo la convessità offerta all' indietro dal tumore che si appoggiava fin sulla regione perineale. Al succedersi di ogni contrazione, il tumore veniva a sporgere sempre più dai genitali, retrocedendo qualche poco nel periodo di calma: continuando di questa guisa venne a sbucciare per intero dal pudendo esterno restando accollato fortemente verso la commessura anteriore della vulva ed alla sommità dell' arcata pubica. Quasi immediatamente dopo l' uscita del tumore, la testa del feto fece distendere il perineo e superò l' apertura vulvaria, senza aver fatto il moto di rotazione, escendo in posizione occipito iliaca sinistra trasversale. All' uscita del capo tenne dietro prontamente quella del tronco, sortendo le spalle in posizione trasversale, ed indi a poco ebbe luogo anche l' espulsione delle secondine. Il parto era ultimato alle ore 10 1[4 antim. del giorno 12 Ottobre 1872, avendo impiegato a compiersi 10 ore ed un quarto di tempo, tutto datante dallo scolo delle acque.

La creatura nata era di sesso maschile e mostrava di aver perduto la vita di recente per apoplessia cerebrale, favorita dalla compressione sofferta dal capo e dall' alte-

rata ematosi. Il bambino pesava 1840 grammi ed offriva le seguenti misure:

Diametro	occipito mentoniero	Centim.	11	Mill.	7
»	occipito frontale . .	»	9	»	7
»	cervico bregmatico .	»	7	»	4
»	biparietale	»	8	»	3
»	basilare	»	5	»	9
»	facciale.	»	7	»	7
»	biacromiale	»	9	»	5
Lunghezza totale.		»	43	»	4
Metà inferiore.		»	19	»	2

Per il che si vede come lo sviluppo fetale fosse assai scarso e come presumibilmente la gravidanza avesse dovuto aver toccato appena la fine dell' ottavo od il principio del nono mese, anche tenendo calcolo di una scarsità di sviluppo in confronto con quest' epoca di gravidanza. La lunghezza dei capelli e delle unghie era qual si suole trovare in bambino maturo. La cedevolezza delle ossa invece, l' ampiezza delle commessure e delle fontanelle, l' esperimento di *Chaussier* ec. collimavano a far portare giudizio di prematuranza.

Durante gli ultimi momenti del travaglio, l' esperta Levatrice che assisteva la partoriente, soccorse l' opera di natura col sostenere opportunamente il tumore uscente dai genitali, munendolo di un pannilino, che abbracciando la sua circonferenza inferiore lo aiutasse per intero ed a rivolgersi in alto per lasciar libero posteriormente il maggior tratto possibile di apertura vulvaria. In questa posizione venne obbligato il tumore anche nel periodo del secondamento e dappoi onde non aver otturata l' apertura vulvaria e lasciar libero il passaggio dei

locchi a scanso di una emorragia interna. Ad obbligare il tumore nell' anzidetta posizione, perchè l' elasticità sua e del suo punto d' attacco tendeva a farlo accollare all' apertura vulvaria, si munì il ventre della donna di morbida cintura alla quale, verso la regione ipogastrica, si assicurarono i capi del pannilino che sosteneva debitamente il tumore. Appena compitosi il parto e provvedutosi tanto saggiamente ai bisogni della donna ed alle indicazioni razionalissime che il caso strano offriva, io giunsi alla Maternità e trovai la puerpera nello stato seguente. Condizione generale buona: ventre alquanto meteoritico, dolente in leggier grado nella parte inferiore, ove la mano infossandosi alla regione ipogastrica avverte il tumore uterino, di cui la consistenza ed il volume sono in normale accordo coi brevi istanti passati dal parto. Fuori dai genitali, frammezzo le coscie della donna sta un tumore della forma e del volume della testa di un feto a termine. La superficie di tal tumore è lucente, liscia, portante vasi venosi assai turgidi e serpentini: il calore è in proporzione con quello del resto del corpo (che è di 37, 4): la colorazione è rosso bruna, a chiazze ardesiache, ecchimotiche. La consistenza del tumore, per la massima estensione è fibro cartilaginea, mentre in alcuni punti limitati il medesimo è molle, elastico, quasi fluttuante. Avendo la forma della testa di un bambino, il detto tumore affetta, per rispetto ai genitali esterni, gli stessi rapporti come il capo fetale dopo l' uscita dall' apertura pudenda prima di effettuare il moto di restituzione: il diametro massimo cioè è in direzione antero posteriore, il minimo in direzione trasversale. Il massimo diametro quindi del tumore, che noi chiameremo diametro antero-posteriore per rispetto all' asse del corpo della donna, o verticale in riguardo al piano orizzontale, rilevato col pelvimetro di *Baudelocque*, risulta di

10 centimetri e 4 millimetri (pollici 3, 10). Il diametro trasverso od orizzontale è di centimetri 9 (pollici 3, 4). la circonferenza presa sull' estremità dei detti diametri è di centimetri 32 e millimetri 4 (pollici 12). Queste misure varranno a confermare l' enunciata somiglianza del tumore alla testa di un feto nato per l' estremità cefalica in presentazione di vertice. L' attacco del tumore, come si disse, corrispondeva alla commessura anteriore della vulva, poichè da questo lato il dito esploratore non poteva entrare in vagina ed in questo punto era interotto il corso del dito allorquando tentava di esplorare il perimetro del tumore stesso. Col dito in vagina sentivasi normale la parete inferiore di detto canale e la parete superiore invece appariva stirata, di una durezza simile a quella del tumore e conformata in modo da simulare un peduncolo che tenesse unito il tumore colla porzione anteriore inferiore esterna della cervice uterina, con cui sembrava continuarsi tale cordone. L' utero trovavasi al livello suo normale, colla bocca rivolta verso la concavità sacrale e sgombro sentivasi il suo orificio da ogni peduncolo, sebbene verso la parte anteriore fosse alquanto stirato od almeno lasciasse trasparire una diversa consistenza, che ricordava quella del supposto peduncolo del tumore. L' orificio uretrale era stirato in basso ed in avanti della posizione sua naturale e la sonda introdotta nell' uretra era costretta a discendere verticalmente dapprima (essendo la donna in posizione orizzontale) ed a risalire poi quasi verticalmente, dopo aver superato un angolo sentito che faceva ostacolo al suo cammino. Penetrata in vescica la sciringa, l' orina fluiva con forte getto, segno che l' urocisti non era impedito nella sua funzionalità, e terminata l' emissione del liquido il catetere prendeva una direzione obliqua dal basso in alto e dall' esterno all' interno, con poca differenza di quello che si

nota normalmente, ben inteso però che mentre una mano teneva il padiglione della sciringa, l' altra deprimeva il tumore verso la commessura posteriore della vulva. Nell' atto che si evacuava l' orina ed in appresso, si scandagliò col catetere la consistenza di quanto corrispondeva alla parete posteriore della vescica ed anche con questo mezzo sembrò assolutamente di sentire un peduncolo che tenesse unito il tumore colla porzione anteriore inferiore dall' utero. Coll' appoggio eziandio di questo dato si fece la diagnosi di *tumore fibroso peduncolato della porzione anteriore, inferiore, esterna del corpo dell' utero.*

Prima di prendere qualsiasi decisione sul da farsi ed onde prender lume dall' altrui sapere ed esperienza, volli sentire il parere del Dott. Cav. *Emilio Valsuani*, Medico Primario nel comparto delle malattie delle donne nell' Ospedale Maggiore di Milano, e quello altresì del Dott. Cav. *Giovanni Albertini*, Professore d' anatomia chirurgica e Chirurgo Primario nell' Ospedale suddetto.

Intanto feci coprire il tumore con morbida pezzuola intrisa d' olio, lo feci sostenere, come dianzi aveva fatto la Levatrice Maggiore, accordai qualche ristoro alla puerpera e disposi perchè dal letto del parto venisse trasportata in una camera dell' infermeria.

Alle ore 3 1[2 pom. di detto giorno (12 Ottobre) i signori Consulenti si radunarono nella Clinica in un con gran numero di Medici del nostro Ospedale, dall' amore della scienza spinti a prender cognizione del singolarissimo caso. Sentita la relazione, istituito l' esame della donna, i signori Consulenti addivennero alla diagnosi di polipo fibroso dell' interna superficie uterina: uno di essi propendeva per istituire subito l' ablazione del tumore, l' altro opinava di soprassedere: ambedue convenivano sul modo di operare il tumore stesso, cioè cingendolo alla base di forte laccio.

Non potendo assolutamente convenire sul giudizio dato, eppur perplesso per l'autorità di coloro che l'avevano emanato, mi abbracciai alla mozione sospensiva che uno degli Egregi Consulenti aveva formulato, perchè non potevo accettare la proposta operazione senza prima aver rischiarato i miei dubbi. Scopo di soprassedere avanti di operare in qualsiasi modo la donna era quello di meglio studiare la condizione locale e di vedere quanto spontaneamente potesse ridursi di volume il tumore, una volta cessato l'effetto della compressione valida e prolungata a cui aveva dovuto sottostare. In ciò fare si aveva la sanzione nello stato generale della donna, il quale, come già fu detto, era buono assai.

Ad ora tarda la donna non aveva potuto orinare spontaneamente e sentendosi la vescica tesa per liquido contenutovi, si praticò il cateterismo. Per preparare l'introduzione del catetere, abbassandosi il tumore verso il perineo e quindi raddrizzandosi l'angolo fatto dall'uretra, la donna potè emettere un po' di orina sotto l'impulso della volontà; la mizione però essendo sommamente stentata e dolorosa e venendo a far irrorare d'orina tutta la superficie del tumore, si credette opportuno di lasciare interamente alla siringa il compito di vuotare la vescica.

La puerpera passò notte tranquilla, dormì, la lochiazione fu regolare, il ventre basso, indolente affatto.

Al mattino del giorno 13 si ripetè la siringazione ed esaminando il tumore si vidde che il medesimo non era più tanto teso come il dì precedente: i vasi turgidi si erano detumefatti, la superficie, sebbene liscia non era lucentissima: stavano ancora delle chiazze ardesiache ai lati e verso la base e sulla linea mediana, delle macchie bianco opaline accennavano ad un principio di processo gangrenoso. La consistenza del tumore era ancora limitatamente elastica in qualche punto, ma per la massima

parte dava al tatto la sensazione di una consistenza fibro-cartilaginea. La sensibilità di detto tumore era pochissima, sì che si poteva premere a tutto agio per acquistare le cognizioni sunnotate, senza che l' ammalata accennasse a sofferenze. Queste si suscitavano e vive quando colle dita si andava esplorando la radice del tumore: osservando quivi diligentemente per vedere se vi fossero abrasioni, come infatti se ne trovavano, epperciò abbassandosi il tumore verso l' ano, si vidde nettamente, in corrispondenza della commessura anteriore della vulva, che il tumore era vestito della mucosa vaginale, appalesantesi per le pieghe caratteristiche, rese possibili dalla detumefazione avvenuta e dal corrispondere il luogo ove si scorgevano tali traccie alla parte più piccola, peduncolata del tumore, il quale, di conseguenza, non teneva soverchiamente dilatata la tonaca vaginale. Questa scoperta fu un raggio di luce vivissima gettata nel buio in cui ancora trovavasi la mia mente nell' assegnare i voluti confini alla sede precisa del tumore. Rinnovato il riscontro vaginale potei ancora meglio persuadermi che il tumore non partiva di certo dalla interna superficie uterina, perchè il collo, ricostituitosi alquanto lasciava sentire gli orifici interamente sgombri. La porzione vaginale del collo era del tutto limitabile: portava una piccola soluzione di continuità all' indietro a sinistra ed in avanti sentivasi integra ed uniformemente e normalmente consistente. Il tumore era disgiunto affatto dalla parte posteriore e dalle laterali della vagina e si sentiva come fuso invece colla parete superiore. In quali rapporti stava poi esso colla medesima? Ecco il problema che bisognava sciogliere per addivenire ad una diagnosi esatta e per stabilire, in base ad essa, il conveniente trattamento. E la diagnosi esatta della sede e della natura del tumore venne fatta all' appoggio dei seguenti ragionamenti. Il tumore era avvilup-

pato per intero dalla parete superiore vaginale e lo mostrava l' ispezione oculare, che rilevava i caratteri propri della tonaca vaginale, almeno alla periferia del suo punto d' attacco: sul restante del tumore, sebbene non si scorgessero questi caratteri, ma soltanto si vedesse una membrana tesa, lucente, pure non si poteva escludere che lo strato più superficiale fosse dato dalla vagina distesa esageratamente, non essendovi abrasioni o lacerazioni circolari da cui avesse potuto uscire il tumore vestito di una guaina sua propria. Il tumore non era dato dalla vescica nè adeso alla vescica, perchè il catetere aveva riscontrato l' urocisti nella posizione sua normale, perchè le sue pareti si sentivano sgombre da qualsiasi produzione extranormale ed erano uniformemente elastiche e della identica consistenza. Il tumore non era nella cavità peritoneale perchè lo stiramento e lo strozzamento a cui era soggiaciuto ed a cui ancora sottostava, erano più che sufficienti per dar luogo a fenomeni peritoneali gravi, che qui mancavano del tutto e che non avrebbero fatto difetto se la continuità della sierosa addominale fosse stata lesa o se la medesima fosse stata pigiata ed irritata giusta la pigiatura e l' irritazione a cui l' avrebbe fatta sottostare la condizione passata ed attuale del tumore.

Il tumore non era della cavità uterina per le ragioni che abbiamo già esposto.

Non si poteva credere ad una produzione qualsiasi avvenuta in grembo al tessuto vaginale, perchè la donna avrebbe avvertito prima del parto quelle molestie che dovevano essere in relazione cogli effetti portati del volume, dal peso e dalla situazione del tumore entro la cavità pelvica. La parete vaginale poi mostravasi esser stata chiamata repentinamente a funger le veci di involucro esterno del tumore, perchè non abituata a tanta distensione, oltre il turgore esagerato de' suoi vasi, inco-

minciava ad esser sede di chiazze gangrenose nei punti più culminanti del tumore, là appunto ove la distensione era maggiore. Per queste ragioni adunque il tumore doveva primitivamente trovarsi al di dietro della vescica, al disotto del peritoneo, al disopra della vagina, al davanti dell' utero. Questa situazione non poteva esser revocata in dubbio ponendo mente alle fatte considerazioni.

Il volume del tumore, la sua consistenza, il non aver dato luogo a fenomeni particolari, l' essersi sviluppato in un soggetto robusto, giovane, sano, mi fecero giudicare essere il medesimo di natura fibrosa. Il sentirsi poi come un cordone che dal colletto del tumore, corrispondente alla sommità dell' arcata pubica, si continuava fino alla parte anteriore inferiore esterna del corpo dell' utero, mi fece credere potesse essere il medesimo attaccato a tal punto della parete uterina mediante un lungo picciuolo. La diagnosi definitiva da me fatta adunque fu di *fibroma uterino peduncolato* avente sede nello spazio che sta al disotto del cul di sacco peritoneale vescico-uterino, all' indietro della vescica, al davanti dell' utero, al disopra della vagina.

Non contento delle indagini fatte sulla puerpera, dei ragionamenti istituiti, delle prove palmari che da ciò erano scaturite in appoggio della suesposta diagnosi, volli tentare un esperimento comparativo sul cadavere. Aiutato dalla Signora Levatrice Maggiore, apersi l' addome di un cadavere di donna trentenne, distaccai il peritoneo dalla parte inferiore delle pareti ventrali e della vescica e misi a nudo lo spazio dove erami imaginato aver avuto primitiva sede il tumore, cioè sopra la vagina, dietro la vescica, innanzi dell' utero, e sotto il peritoneo. Sul piano inferiore di detto spazio, ossia sulla parete vaginale, appoggiai allora l' estremità grossa e tondeggiante di una mazza di legno premendo e facendo premere grada-

tamente da un inserviente, nella direzione dei genitali esterni. Coll' indice della mano destra in vagina io potei rilevare che mentre dapprincipio il collo uterino si sentiva contornato come normalmente dall' attacco vaginale, mano mano che la pressione sulla vagina andavasi aumentando, appariva verso la parte anterior inferior del corpo e del collo dell' utero, come una specie di legamento, di cordone che metteva in comunicazione questi punti col tumore, simulato quivi dal manico premente sul canal vaginale, che venne a sporgere per un discreto tratto dell' apertura vulvaria. Oltre il cordone o peduncolo apparente, che ricordava quello della puerpera oggetto di studio, il tumore artificialmente creato nel cadavere lasciava scorgere altre particolarità proprie al tumore reale che avevasi sottomano. Sentivasi cioè il detto tumore tutto libero anteriormente, inferiormente e posteriormente ed obbligato soltanto superiormente, dove oltre il peduncolo si notava il colletto verso la sommità dell' arcata pubica, le pieghe vaginali distinguibili quivi appena e non alla parte più larga del tumore. Insomma, in proporzioni più piccole e colle differenze volute per lo stato cadaverico, questa esperienza riprodusse fedelissimamente le più salienti particolarità che riscontravamo nella puerpera nostra e confermò viemaggiormente la mia persuasione sulla aggiustatezza della diagnosi fatta.

Convocati di nuovo gli egregi Consulenti del giorno antecedente ed esposto loro la convinzione in cui ero entrato sulla sede e natura del tumore, istituirono un attento e completo esame in seguito a cui il Dott. *Albertini* accettava pienamente il mio diagnostico ed il Dott. *Valsuani* accettavalo in parte, cercando di conciliare la diagnosi primitiva con quella attuale. Ad ogni modo, la causa per cui nel primo esame gli esimii Consulenti avevano creduto che il tumore s' attaccasse all' interna su-

perficie uterina ed il non aver essi rimarcato la sua ubicazione al disopra della vagina, era da attribuirsi all'aver fatto il riscontro vaginale entrando col dito dalla commessura inferiore della vulva senza poi farsi carico di girare tutto all' intorno del tumore, cosa d' altronde un po' malagevole atteso il volume suo e l' accollamento del medesimo alla commessura superiore vulvaria.

Non potendo aver alcun dubbio sulla diagnosi fatta, rifiutai come inutile la proposta dl scandagliare con un trequarti il tumore per conoscerne la natura e stabilii di procedere tosto all' ablazione del medesimo. L' operazione era indicata ed urgente perchè, per la soverchia tensione la vagina cominciava a gangrenarsi e sulla parte più prominente del tumore ed alla costui porzione peduncolare, non conveniva quindi lasciare la causa di un processo gangrenoso in una puerpera recente, per la facilità di diffondersi il processo alle parti vicine e per la probabilità dell' assorbimento e dell' infezione. La natura del tumore era poi tale da non lasciar sperare un impiccolimento notevole, nè da ammettere altro genere di cura. Esportando il tumore si aveva il vantaggio anche di togliere l' ostacolo all' emissione delle orine, di render facile lo scolo dei lochi, di sottrarre la donna alla molestia, che lo stiramento della vagina e la pressione del tumore le accagionavano di continuo.

Il consiglio datomi da taluno di esportare il tumore collo schiacciatore lineare non era da seguirsi perchè si veniva ad esportare troppa quantità di parete vaginale, a lasciare in posto una piaga estesa, che per la qualità del traumatismo da cui originava, doveva di necessità farsi gangrenosa e continuare così il pericolo che si voleva eliminare. Se si avesse voluto adoperare lo schiacciatore si sarebbe corso il pericolo di comprendere nell' escisione anche il meato uretrale ed il clitoride o per

lo meno si avrebbero sottoposte tali parti in un col canal uretrale, a gravissima compressione, perchè la porzione piccola, peduncolata del tumore, su cui avrebbe trovato posto ed appoggio lo strettore, corrispondeva appunto alla parte alta dell' arcata pubica. In base poi alla diagnosi fatta la via da seguirsi era ben delineata e questa via da me esposta agli egregi Consulenti ed ai numerosi Colleghi presenti, venne accettata senza discussione. Il piano operativo era il seguente. Aprire sulla linea mediana, con taglio elittico, la parete vaginale che copriva il tumore: liberare questo dalle aderenze vaginali, distaccarlo quindi dal peduncolo, col coltello se il peduncolo si fosse trovato sottile, coll' ecraseur se invece avesse presentato uno spessore considerevole. Sebbene alcuno dubitasse che ad ogni modo dovesse essere disastrosa una tale operazione, pure mi accinsi fiducioso all' opera, confortato dalla persuasione che altra via non potevasi seguire per cooperare alla salute della donna.

Alle ore 4 pom. del giorno 13 Ottobre 1872, collocata la donna in posizione orizzontale, colle coscie divaricate, a mezzo di un coltello convesso praticai due tagli curvilinei sulla parte mediana del tumore, interessando soltanto la tonaca vaginale, di cui restò compresa fra i due tagli la parte maggiormente intaccata dalla gangrena. Fatto ciò, da un lato e dall' altro disseccai per piccol tratto, a mezzo del coltello, la vagina, che sembrava molto adesa al tumore, indi a mezzo del manico del coltello dapprima e delle dita sole dappoi, potei snucleare completamente il tumore, cui nessun picciuolo, nessuna aderenza particolare teneva unito all' utero. Per tal modo l' operazione riuscì spiccia più di quanto si poteva supporre, non essendosi impiegato per l' enucleazione che due minuti primi. Poca quantità di sangue venne ad uscire durante l' atto operativo ed i vasi arteriosi recisi furono in ap-

presso prontamente legati. La donna, vuoi per straordinaria tolleranza, vuoi per poca sensibilità della vagina, in causa dell' estrema tensione, non diede alcuna manifestazione di dolore durante l' operazione e non si mosse dalla posizione in cui la si era collocata. Provveduto all' emostasi arteriosa colla legatura delle boccuccie recise, si fece lo *zaffo* della parte di vagina che aveva dato ricetto al tumore e che come buccia di arancio priva degli spicchi e tagliata nel mezzo, stava aperta e beante. Il filaticcio che servì allo zaffo fu imbevuto di liquido emostatico *Pagliari*. Alcune compresse bagnate nello stesso liquido furono applicate al disopra del filaticcio, indi tutto fu tenuto in posto con delle striscie di cerotto. Con una specie di sospensorio si tenne sostenuto l' intero apparecchio di medicazione che volumetricamente rappresentava un tumore simile a quello esportato. Al disopra della medicazione fu collocata una vescica con ghiaccio e così il leggier gemizio venoso che dapprima si notava venne a cessare in totalità.

Il tumore estratto era di forma ovale, a superficie leggermente irregolare, notandosi in alcuni punti delle solcature e delle depressioni che ricordavano con esatezza la sutura sagittale, la fontanella bregmatica e l' occipitale. Coincidendo la forma generale e codeste particolarità, il tumore, spoglio della buccia vaginale assomigliava più che mai alla testa di un feto prossimo a maturanza. Il colorito del tumore era per la massima parte biancastro e solo in qualche punto eranvi delle chiazze color rosso carne: quivi la consistenza era molle, polposa, quasi cerebrale, mentre nel restante era resistente, elastica, simile a sostanza fibrosa. Pochissimi, piccoli e tortuosi vasi sanguigni vedevansi serpeggiare sulla superficie del tumore, a ridosso del quale si osservavano altresì piccole lacinie di tessuto connettivo, stato lacerato

nella enucleazione e la porzione elittica di vagina rimasta aderente per esser stata compresa fra i due tagli praticatisi. Il tumore pesava 332 grammi ed offriva le seguenti misure. Circonfereuza massima centimetri 28 e millimetri 4 (pollici 10, 6); circonferenza minima centimetri 25 (pollici 9, 3). Massimo diametro o verticale centimetri 9 e millimetri 7 (pollici 3, 7). Minimo diametro o trasversale millimetri 83 (pollici 3, 1).

Spaccato il tumore in due metà eguali, nel senso del diametro massimo, si viddero due superfici screziate di bianco e di rosso carneo. Esaminate partitamente al microscopio le due sostanze di cui risultava macroscopicamente composto il tumore, si vidde che la sostanza rossigna era un ammasso di fibre muscolari, presentanti in qualche punto il principio della degenerazione adiposa: la sostanza biancastra invece appariva un contesto di tessuto fibroso. Microscopicamente quindi si fece diagnosi di fibro-mioma. Il Cav. Dott. *Visconti Achille*, Pro-settore dell' Ospedale Maggiore di Milano ed il suo Assistente Dott. *Bozzolo Camillo,* si incaricarono dell' esame del tumore di cui conservano, pel Gabinetto anatomo-patologico, due preparati microscopici caratteristici della produzione morbosa che vogliono rappresentare, ed una sezione centrale antero-posteriore del tumore medesimo.

Il tumore spaccato in mezzo, conservasi nel gabinetto anatomo-ostetrico annesso alla R. Scuola di Ostetricia in Milano.

Andamento del puerperio. — La puerpera passò bene le prime ore che fecer seguito all' operazione. Alla sera venne siringata per impedire che l' apparecchio di medicazione si avesse ad insudiciare di orina. Questa precauzione si ebbe anche il mattino seguente e tutte le volte che la donna, all' infuori del momento della medicazione, avvertiva il bisogno di orinare. Nella notte dormì tranquillamente.

Giorno 14. — Apiressia, lochiazione regolare, portata lattea discreta, ventre indolente. Si amministra una purga, che provoca alcune scariche alvine, si ungono le mammelle con olio di canape, indi si muniscono di fasciatura contentiva e compressiva. Alle 4 pom. si medica per la prima volta la località che fu sede del tumore. La buccia vaginale si è raggrinzata, ma da ambo i lati sporge per circa 70 millimetri ed ha lo spessore di un millimetro al bordo del taglio, mentre alla parte che sta adesa ed in continuazione al rimanente del canal vaginale, lo spessore è di tre millimetri circa. Tutta la superficie interna della vagina, già involgente il tumore è di color bigio chiaro simile al colorito delle chiazze che si notano all' esterno sulla superficie mucosa: il processo gangrenoso è però superficiale, ma emana un odore assai fetido, odore reso ancor più nauseabondo pel sangue raggrumato, stratificato, in via di decomposizione che sta alla superficie interna della parete vaginale aperta e che nella massima parte venne ad esser tolto in un collo zaffo. Si levarono con diligenza i coaguli non troppo aderenti, lasciando in posto quelli che colla loro rimozione potevano esser causa di nuovo stillicidio di sangue, ossia quelli di essi collocati verso il fondo della vasta piaga. Si fecero iniezioni e lavature detersive con acqua tepida clorurata, sì a ridosso dei lembi vaginali, come nel seno pudendo e nel canal vaginale. Si spolverò di corteccia di china tutta la parte cruentata e quella che portava le chiazze gangrenose, si sovrappose del filaticcio asciutto, alcune compresse, il sospensorio speciale per raccogliere e tener sollevato il tutto verso il pube. In vista del processo gangrenoso manifestatosi all' interno dei lembi vaginali e persistenti sulla loro tonaca mucosa, si amministrò alla donna del decotto di china, che venne continuato anche nei giorni seguenti. Non essendovi più stillicidio di san-

gue, nè pericolo che l' emorragia potesse comparire, si abbandonò anche l' uso del freddo, che era stato continuato nelle prime 24 ore.

Giorno 15. — Tanto alla visita del mattino che del pomeriggio, si rinnova la medicazione servendosi ancora della polvere di china come detersivo, antisettico ed eccitante la superficie della piaga. Stanno ancora le chiazze gangrenose nei limiti del giorno antecedente; si fanno le lavature con acqua clorurata. Buono lo stato generale della donna. Involuzione uterina progrediente in via regolare. Mammelle ancora discretamente tese. Apiressia. Durante le medicazioni si permette alla donna di orinare, al che riesce senza fatica di sorta. Si concedono alcune zuppe.

Giorno 16. — La parete vaginale va raggrinzandosi: le escare gangrenose non accennando a staccarsi, si sostituisce alla medicazione chinacea la solfitica, imbevendo del filaticcio in una soluzione di 20 grammi di solfito di soda in 200 grammi di acqua. Bene nel generale. Mammelle avvizzite: ventre indolente: apiressia: lochiazione regolare.

Giorno 17. — Molto migliorata la superficie della piaga, che ha perduto quasi interamente il colorito grigiastro: le escare gangrenose si staccano e le pareti vaginali sono retratte ancor più del giorno antecedente. Si abbandona il sospensorio e si mantiene il filaticcio imbevuto di solfito, sì al di dentro che al di fuori, a mezzo di due liste di cerotto, che cingendo la base ed i lati dei lembi vaginali, vanno ad attaccarsi al pube. Funzioni puerperali normali. Si concede qualche po' di vino e s' aumenta la quantità degli alimenti.

Giorni 18 e 19. — Progressivo miglioramento e raggrinzamento dei lembi vaginali: si fanno lavature, iniezioni e medicazioni solfitiche. Si continua ad amministra-

re i chinacei ed a concedere buona nutrizione. Notasi un turgore edematoso del perineo e specialmente della commessura posteriore della vulva, attribuito alla pressione tollerata da queste parti, per il peso dei lembi vaginali e della medicazione, che in questi due giorni mancavano del sospensorio che li avvicinava al pube.

Giorni 20 e 21. — I bordi dei lembi vaginali sono irregolari per esser caduta da ambo i lati un' escara gangrenosa che ne accorciò la relativa estensione: la base dei lembi è ispessita, ha granulazioni rosse assai vive: pochissima suppurazione di buona qualità dalla superficie piagata dei lembi stessi. Condizioni generali buonissime. Appetito molto spiccato e desiderio di abbandonare il letto sono le cose più rimarchevoli nella nostra puerpera. Si sospende la medicazione interna col decotto di china e si contiuua la medicazione solfitica locale.

Giorno 22. — I lembi vaginali da ambo i lati essendo sporgenti appena quattro centimetri ed avendo una superficie tendente a cicatrizzare, vengono introdotti nel canal vaginale senza alcun stento e con grande sollievo della donna, cui la sensazione di questo corpo protrudente dai genitali e prementi i medesimi nel punto loro più sensibile era diventata alquanto molesta. I lembi introdotti in vagina si misero a mutuo contatto colla superficie che era stata a ridosso del tumore, in modo che formavano come un diaframma, un vomerè, collocato tra la metà destra e la sinistra della porzione media vaginale. Si continuarono le irrigazioni solfitiche nel canal vaginale da cui gemevano ormai scarsi i lochi e la donna potè da sola emettere le orine.

Nei giorni successivi la riduzione dei lembi vaginali camminò a frettolosi passi: scomparve interamente l' edema infiammatorio della regione perineale e la donna non soffrì la menoma molestia ai genitali e potè anche alzarsi

e muoversi senza accusare sofferenze od incomodi di sorta. Il giorno 28 Ottobre, fu permesso alla puerpera di restituirsi alla propria abitazione come ne aveva fatto richiesta.

Esaminato nel giorno dell' uscita lo stato del canale vulvo uterino, si rilevò quanto segue. Sano il pudendo esterno. L' orificio uretrale ed il clitoride stanno un po' più all' avanti del normale. Alcune pieghe vaginali, semi procidenti, si notano alla parte superiore dell' ostio vaginale. Ad un centimetro e mezzo all' interno dell' ostio stesso, lungo la parete superiore si trova una sporgenza elittica divisa nel mezzo per un gran tratto ed estendentesi tre centimetri e mezzo nel senso antero-posteriore. Questa sporgenza, costituita dai lembi vaginali ridotti e già coprenti il tumore esportato, è vestita della mucosa in tutta la parte esterna e da un tessuto cicatriziale rossigno, non ancor completato, lungo la solcatura mediana. Il colorito della mucosa che veste questa sporgenza è più intenso che nel resto del canale. La sensibilità di detta parte non supera quella dei punti vicini. L' utero si trova e per situazione, e per involuzione, direzione, mobilità ec. allo stato fisiologico pel giorno di puerperio in cui si visita la donna (17°).

La medesima donna, il giorno 7 Novembre 1872, ventisette giorni dopo il parto, veniva da me a farsi visitare, come gliene avevo fatto preghiera. La riscontrai benissimo nel generale e localmente trovai che le due porzioni di vagina state divise e prima assai prominenti, eransi completamente saldate assieme, si erano ridotte assai nel senso della base e dell'altezza, erano indolenti affatto, e facevano prominenza per poco più di un centimetro nel resto del canal vaginale. Nessun spostamento uterino. La parete superiore della vagina soltanto tendeva a prolassarsi e si presentava anche alla apertura vulvaria quan-

do la donna aveva camminato a lungo od erasi soverchiamente occupata. Per ovviare a questo inconveniente diedi alla donna opportuni consigli e le offrii anche l'opera mia quando i mezzi suggeriti non avessero sortito buon effetto. Siccome la donna dopo d'allora non si è più presentata a me, così è lecito credere che anche la leggiera anomalia, notata più dal medico che dalla paziente, sia scomparsa o rimasta in proporzioni tali da non occasionare alcuna molestia.

Ora che ho terminato la narrazione clinica di quanto concerne questo interessantissimo caso di patologia ostetrica, mi sia concesso esporre in via sommaria alcune considerazioni che si riferiscono alla natura e sede del tumore, alle particolarità da esso occasionate durante il parto ed a quanto si annette alla diagnosi ed alla cura fattasi.

La letteratura medica è padrona di un grandissimo numero di storie cliniche riferentisi a parti resi difficili od impossibili per tumori dell'utero, delle sue appartenenze o degli organi e tessuti vicini, tumori differentissimi per natura, sede, consistenza, volume e mobilità. Degli autori però che trattano estesamente tale soggetto, sia ex professo, come *Pouchelt*, sia in relazione a speciali difficoltà ostetriche create dai tumori medesimi come *Velpeau*, *Cazeaux*, *Joulin*, *Tarnier*, *Hubert*, *Naegele*, *Grenser* ec. nessuno avvene che riferisca un caso analogo a quello da me narrato per riguardo alla sede del tumore e per la speciale maniera con cui natura, estrinsecando il tumore, seppe condurre a compimento l'atto del parto. Il solo *Cazeaux*, parlando dei tumori sviluppati nel cellulare pelvico, fa cenno di un caso narrato da *Ed. Meier* in cui una cisti, grossa come il capo di un bambino e risiedente tra l'utero e la vescica, rese impossibile il

parto (1). Che tumori peduncolati abbian potuto esser mandati fuori dal pudendo per la vis a tergo dell' utero

---

(1) Stavo per inviare alla Società Medico-Chirurgica di Bologna il presente lavoro, quando dall' illustre Professore Comm. *Francesco Rizzoli*, Presidente della Società stessa, mi viene gentilissimamente fatta la seguente comunicazione, suggerita dall' aver io annunziato l' argomento interessante del mio elaborato.

Chiarissimo Signor Professore

Bologna 18 Febbraio 1873

. . . .

Il caso di cui Ella intende trattare nell' accennata Memoria deve esser molto interessante, giacchè nella mia lunga pratica non ne vidi che un altro, per quanto mi pare consimile, e che quindi non le spiacerà forse conoscere.

L' osservai in donna di 40 anni, tuttavia mestruata e che aveva avuto varii parti felicemente. Erasi accorta del tumore due anni prima ch' io la vedessi. Il tumore da principio piccolissimo, era esordito entro la vagina, in prossimità del vestibolo, poscia collo scorrer del tempo era cresciuto in modo da assumere le dimensioni e la forma di un ovo di tacchino. Ponendo la donna supina e facendole divaricar le coscie, il tumore sporgeva dalle grandi labbra in modo da sembrare un vasto cistocele vaginale. Fattisi per altro i dovuti esami, e per la sede, e per la forma e per la consistenza del tumore si potè stabilire trattarsi di un voluminoso mioma sviluppatosi nel setto vagino-utero-cistico.

Arrecando non poco incomodo e molestia alla donna si decise essa di sottomettersi all' esportazione del tumore.

L' operazione fu da me eseguita nella seguente maniera. Collocata la donna supina alla sponda di un letto e fattele divaricare e sostenere le coscie da due Assistenti, introdussi un catetere in vescica per evacuare le orine e perchè mi servisse di guida, e mi impedisse di ledere l' uretra e la vescica nell' atto che da questa distaccato avessi il tumore. Essendo il medesimo in gran parte sporgente, feci un' incisione longitudinale nell' anteriore parete della vagina, che lo ricopriva, lungo in modo

trasmessa col tramite del feto, non fa meraviglia ed anzi si comprende come ciò avvenga e perchè anzi siffattamente

— —

da oltrepessare i due punti estremi del tumore istesso, dopo di che un po' col bistorino, un po' colle forbici ed un poco col dito isolai anteriormente e tutto all' intorno il tumore stesso. Di poi afferratolo con delle pinzette uncinate di *Museu*, colle dovute cautele, col dito pure e colle forbici curve sul piatto, e colla scorta della sciringa tenuta ferma in vescica da un assistente, isolai la base del tumore dalle aderenze che lo tenevano unito all' uretra, all' apice ed al basso fondo della vescica, la quale dissezione mi riescì non molto difficile. Man mano isolavasi il tumore venivano fatte delle irrigazioni d' acqua gelata per arrestare il sangue che scaturiva in copia non piccola.

Asportato completamente il tumore, l' emorragia non cedendo alle irrigazioni fredde ed all' applicazione del ghiaccio, fu d' uopo ricorrere al tampone con globi di fila imbevute nell' acqua emostatica di *Pagliari* e così l' emorragia cessò.

Di poi la donna non ebbe più nulla a patire: scaturirono dalla località operata buone marcie e se ne ottenne la chiusura completa in meno di 40 giorni. Sono già trascorsi più di 3 anni dalla eseguita operazione e la donna gode perfetta salute senza che vi sia il più che piccolo dubbio di minaccia di riproduzione del male. Il tumore esaminato anatomicamente fu confermato essere un fibro-mioma e fu depositato nel Museo anatomo-patologico di questa Università.

Accolga ec.

Suo dev. Collega
Francesco Rizzoli

Il caso di tumore fibro-muscolare del setto vescico vaginale comunicatomi dall' illustre Prof. *Rizzoli*, molto interessante dal lato chirurgico, lo è sicuramente meno del mio dal lato ostetrico. Quello venne riscontrato ed operato in donna che aveva raggiunto il quarantesimo anno di vita, epoca molto più propizia allo sviluppo dei tumori che non l' età di 26 anni della donna da me operata. Il tumore operato dal Prof. *Rizzoli* era grosso come un uovo di tacchino, trovavasi in donna non gravida, non partoriente, nè puerpera ed aveva dato luogo a fenomeni mor-

debba passare la bisogna. Che un tumore poi non peduncolato, racchiuso in una cavità speciale, data da tessuti ed organi importantissimi quali il peritoneo, l' utero, la vescica e la vagina, abbia potuto rendersi peduncolato a spese di una di queste parti, vestirsene per intero, trascinarla seco fuori dei genitali è quanto per parte nostra sembra abbisognare di spiegazione, non ad ammaestra-

---

bosi, a disturbi funzionali che consigliarono l' eseguita operazione. Il tumore da me operato era grosso come il capo fetale, complicava il parto ed era di ostacolo, di minaccia al decorso regolare del puerperio; non aveva dato luogo a disturbi durante la gravidanza in onta al volume suo straordinario.

Mi è grato il poter pubblicare colla mia, l' osservazione del chiarissimo Prof. *Rizzoli*, perchè sia meglio convalidata la possibilità dello sviluppo di tumori nel setto vescico, uretro, vaginale, perchè si veda a qual differente grado di sviluppo possano essi giungere, come diversamente impressionino e disturbino la funzionalità delle parti vicine, come diversa sia la loro importanza a seconda dello stato in cui trovasi la donna e qual sia il metodo curativo che convenga tenere in tali emergenze. La stessa linea di condotta fu seguita in ambo i casi per l' esportazione dei tumori, si ricorse agli stessi mezzi d' indagine per indagarne la natura, si ebbero felici risultati in ambedui i casi.

Per gentilezza del collega Dott. *Zennaro* m' ebbi in questi giorni un opuscoletto intitolato — Myôme utérin, délogé par le travail de l' accouchement et opéré avec succés par le Doct. *Léon Brachet*, médecin aux bains d' Aix et de Marlioz (Savoie). Paris 1870. — In esso si parla troppo succintamente di un tumore muscolare uterino spinto nel setto vescico vaginale prima del parto, sortito dal pudendo coll' involucro vaginale ed asportato dopo il parto con successo.

Sebbene affine al caso da me narrato, questo del Dott. *Brachet* è molto meno importante del mio. Il tumore per volume e peso era appena la metà di quello da me operato: esso fu riscontrato in donna multipara, di 37 anni, non portò alcuna difficoltà al compimento del parto e venne ad estrinsecarsi dai genitali prima che incominciasse il travaglio.

mento dei provetti nell' arte, che avranno subito compreso la ragione e la modalità di tutto questo, ma come illustrazione per quelli cui la poca opportunità della pratica o l' esser sul principio della medesima, rende meno facile e chiaro il giusto apprezzamento di quanto di straordinario si avvera nel campo dell' esercizio ostetrico. Le osservazioni che sul caso riferito abbiam fatto e quelle che andremo facendo, potranno servire, lo vogliamo almeno sperare, come punto di ritrovo per diagnosticare e curare tumori che per natura, sede e complicazioni fossero per riprodurre quello che nel caso attuale fu dato di osservare e di fare.

Natura del tumore. — L' esame macroscopico e l' esame microscopico del tumore furono concordi nel trovare tutte le particolarità proprie al fibro-mioma. Esso era costituito cioè nella massima parte da un ammasso di sostanza bianco-tendinea, scrosciante al taglio, avente gli elementi istologici che caratterizzano la sostanza fibrosa, e da una sostanza rossigna, molle, polposa, disseminata qua e là in riunioni più o meno appariscenti e nella quale il microscopio trovava gli elementi muscolari. Poco connettivo stava alla superficie e nei punti di confine tra la sostanza fibrosa e la muscolare.

Eziologia e sede. — Un tessuto fibro-muscolare non può prender origine che in un substrato ove sia rappresentata e la sostanza fibrosa e la muscolare. Sebbene la vescica e la vagina sieno fornite di fibre muscolari e di tessuto fibroso, pure tali elementi vi sono scarsi se si raffrontano a quelli di cui risultan composte le pareti della matrice. L' anatomia patologica poi ci insegna che la sede di predilezione per lo sviluppo dei tumori fibrosi o fibro muscolari è appunto l' utero, mentre mai non venne fatto riscontrarne sulla vagina, e rarissime volte sulla vescica, alla quale erano attaccati per un peduncolo

resistente. Il volume poi dei tumori di tal natura, sviluppatisi dalla vescica, non sorpassava mai quello di una ciliegia, mentre quelli dell' utero possono crescere a tal volume da riempire l' intero cavo del ventre. Nel mentre i tumori vescicali danno costantemente luogo a disturbi funzionali che li fanno sospettare, quelli dell' utero invece moltissime volte non arrecando disturbi di sorta, passano inavvertiti e non è che per caso durante la vita, od all' autopsia che si riscontrano. É più probabile quindi che il tumore nel caso nostro siasi sviluppato dall' utero, dalla vescica o dalla vagina? La risposta mi pare consona alla logica ed alla pratica osservazione quando la si formuli nel senso di attribuire la genesi del tumore alla parete uterina. Il punto della matrice in cui detto tumore sarassi sviluppato è sicuramente quello situato appena al disopra dell' inserzione del collo col corpo, oppure nel limite di confine in cui la parete anteriore dell' utero cessa di essere vestita dal peritoneo e che la cervice comincia ad esser vestita dalla vagina: Fosse poi dapprincipio interstiziale ed abbia in seguito smagliato le fibre superficiali per estrinsecarsi, fosse già sviluppato dalla esterna superficie dell' utero, il tumore deve di certo esser rimasto almeno pei primi cinque o sei mesi di gravidanza, in rapporti molto stretti colla parete della matrice onde giustificare il suo rapido incremento dovuto all' aver partecipato dell' ipertrofia fisiologica indotta dalla gravidanza nelle pareti uterine. È fatto constatato ed indiscutibile che i tumori uterini di qualsivoglia natura e più specialmente i fibrosi, crescono esageratamente sotto l' impulsione nutritizia attivissima che la gravidanza induce nelle pareti della matrice. Non si può ammettere poi che il tumore esistesse già a tal grado di sviluppo prima della gravidanza, perchè pel suo volume avrebbe occasionato disturbi funzionali facilmente apprezzabili o quanto meno sa-

rebbe stato avvertito anche dalla stessa paziente: la probabilità di rimaner incinta con un tumore di tal volume ed in tal posizione sarebbe stata tolta pel grave spostamento del canal uterino col vaginale e per la compressione che il canal uterino stesso avrebbe dovuto patire. Convien quindi ammettere che il tumore esistente già in proporzioni minime prima della gravidanza, durante questa sia andato crescendo al grado a cui lo vedemmo giunto. Che esso poi sia venuto dallo spessore delle pareti uterine o dalla sua superficie esterna è quanto assolutamente non si può asseverare. In via di probabilità però faremo notare che i tumori fibrosi interstiziali uterini non hanno mai aderenze importanti o peduncoli che li tengano uniti alle parti che li contornano, in mezzo alle quali restano liberi, salvo i rapporti di contiguità e quelli leggerissimi di continuità pei vasi che loro arrecano nutrizione. Quelli invece sviluppatisi dalla superficie esterna hanno frequentemente un peduncolo fibroso o fibro muscolare in continuazione fra il tumore e la parete uterina. Basandoci su queste nozioni possiam quindi ritenere che il tumore sia stato interstiziale, abbia col crescere smagliato la superficie esterna dell' utero, impedito com' era di portarsi all' interno per esser la cavità occupata dall' uovo, abbia grado a grado dissodato il connettivo costituente il setto vescico vaginale, siasi quivi collocato per intero cacciando in alto il peritoneo ed avendo al davanti la vescica, al disotto la vagina ed al di dietro l' utero. Che il tumore siasi collocato in questo punto ad epoca ancor lontana del parto lo prova il fatto che al momento della sua ablazione non si trovarono stravasi sanguigni che indicassero il cammino violentemente e rapidamente percorso e lo prova altresì la forza contrattile della matrice che non avrebbe potuto resistere lungamente e con tanta potenza se una recente soluzione di continuità, sebbe-

ne parziale e limitata, fosse avvenuta. Essendosi il tumore estrinsecato dall' utero un mese e mezzo o due mesi prima del parto, il punto in cui le fibre uterine avranno dovuto smagliarsi per dargli passaggio, avrà avuto tempo di rassodarsi convenientemente e di esser poi in grado di sostenere esso pure lo sforzo a cui vedemmo soggiacere l' utero di quella donna in dieci ore e mezzo di travaglio titanico, reso tale dal bisogno di superare la difficoltà portata dal tumore al compimento del parto. Il tumore poi non poteva esser spinto bruscamente nel setto vescico vaginale al momento del parto, perchè il cellulare che tiene unito il basso fondo della vescica e l' uretra colla vagina, è abbastanza denso e stipato sì che piuttosto di lasciarsi dissodare d'improvviso, avrebbe causato lacerazioni de' suoi punti d' attacco, sia alla vescica, all' uretra od alla vagina. Era di necessità quindi che il tumore a poco a poco avesse potuto vincere la resistenza del connettivo vescico vaginale per potersi quivi comodamente adagiare senza ledere la continuità e la funzionalità delle parti vicine. La funzionalità della vescica, a parer mio, non doveva esser gran fatto lesa (nè lo fu perchè la donna ebbe ad escludere perentoriamente d' aver sofferto disturbi vescicali di sorta) in causa che la vescica orinaria, il tumore, l' utero, non si ritrovavano sulla stessa linea antero posteriore, così come ce li imagineremmo osservando la disposizione ed i rapporti che anatomicamente corrono tra la vescica, il setto vescico vaginale e l' utero. L' utero, come spesissimo suole in gravidanza e come lo era palesemente nel caso nostro, era in uno stato di obliquità antero laterale destra. In tale situazione il bordo sinistro dell' utero, quasi che il viscere abbia ruotato sul proprio asse longitudinale, viene a portarsi verso la linea mediana anteriormente, mentre il bordo destro va a collocarsi verso la sinfisi sacro iliaca destra. Tenendo calcolo di

quanto succede nella parte inferiore dell' utero per la combinazione dell' obliquità e della rotazione patita dal viscere gestante, ci pare di poter spiegare la nessuna molestia sofferta della donna, sebbene portasse un tumore di tal mole ed in tal punto. Per effetto dell' obliquità antero laterale destra, il segmento inferiore uterino era spinto in totalità all' indietro ed a sinistra: ciò contribuiva ad allontanare, in certo qual modo, dall' arco anteriore del bacino il segmento anteriore inferiore dell'utero. La rotazione dell' utero da sinistra a destra, facendo guardare verso il lato destro la di lui faccia anteriore, avrà fatto guardare da tal lato anche il tumore, che obbedendo alla obliquità doveva essere all' indietro ed a sinistra. La vescica soltanto, fissata all' ossatura pelvica, doveva conservare la sua posizione ordinaria. Da ciò quindi doveva risultare uno spazio maggiore intercedente tra il segmento anterior inferiore dell' utero e la vescica ed un corrispondersi ed un toccarsi obliquamente, tangenzialmente quasi la vescica, l' utero ed il tumore. Stando così le cose la molestia reciproca doveva esser poca o nulla. Sebbene non ci sia stato possibile esaminare la donna in gravidanza per poter con sicurezza affermare quanto esponemmo sui probabili rapporti avuti dal tumore colla vescica e coll' utero in gravidanza, pure ci sembra logico che il fatto sia stato in questi termini e non altrimenti, per renderci ragione del nessun incomodo vescicale e circolatorio patito dalla donna quando era gestante. Allorchè però ebbesi a visitare la paziente in travaglio di parto, così come esposi nella relazione clinica, il tumore sentivasi non già nel mezzo dell' arco anteriore del bacino, ma più marcatamente occupava la parte antero laterale destra della linea di incoronamento, il foro sotto pubico e la parete cotiloidea del lato destro. Questo verrebbe a confermare adunque il nostro asserto, perchè anterior-

mente sulla linea mediana notavasi il tumore che faceva la vescica distesa d' orina, e posteriormente ancora sulla linea mediana e leggerissimamente verso sinistra potevasi giungere all' orificio dell' utero.

Il tumore, anche negli ultimi giorni della gravidanza doveva esser stato a livello del distretto superiore pelvico e non insinuato nello scavo, perchè se quivi avesse pescato o fosse stato collocato avrebbe causato il senso di peso, di pienezza, di stiramento, di tenesmo che mancò affatto, e se tale supposizione fosse stata vera l' avressimo trovato nello scavo al momento del parto, mentre noi lo vedemmo giungervi a stento e sotto l'impulsione validissima che lo spingeva.

Nessuno poi oserà accampare il dubbio che il tumore abbia potuto partire da un punto uterino diverso di quello che noi abbiamo indicato, perchè in tal caso bisognerebbe ammettere o che il tumore, grosso com' era, avesse potuto dissodare il peritoneo coprente la parete anteriore dell' utero per venire nel setto vescico vaginale, il che ripugna alla ragione, oppure che il tumore, vestito del peritoneo si fosse adagiato nel cul di sacco peritoneale tra la vescica e l' utero, abbia dilatato questo spazio in modo da far protrusione in vagina. Se così fosse passata la bisogna però, essendo il tumore coperto da un doppio strato di peritoneo non doveva dar fenomemi propri al pizzicamento, allo strozzamento di questa sierosa durante il travaglio, non doveva l' enucleazione del tumore esser seguita da una pronta e letale peritonite essendo doppiamente leso e stato aperto il sacco peritoneale?

Particolarità durante il parto. — Stabilito che il tumore avesse sede nel setto vescico vaginale, facil cosa è il capire come il medesimo, al momento del parto, abbia potuto abbassarsi nello scavo ed uscire dai genitali. Dalla relazione che abbiam dato sull' andamento del tra-

vaglio, noi ricaviamo che coi primi dolori del parto ebbe luogo la rottura del sacco amniotico e lo scolo del liquido contenutovi. Scomparso il collo uterino, il bordo o l'estremità posteriore del tumore veniva necessariamente a corrispondere al bordo anteriore dell' orificio della matrice che guardava posteriormente ed a sinistra, a livello del piano del distretto superiore. Il tumore, collocato nel setto vescico vaginale col suo massimo diametro in direzione verticale, stirato nella sua estremità posteriore verso il basso per lo sforzo di dilatazione dell' orificio e per la contrazione delle pareti addominali, avrà eseguito gradatameute un movimento di *bascule* per il quale a poco a poco l' estremità sua posteriore si sarà fatta completamente inferiore. A ciò fare avrà contribuito assai lo sforzo espulsivo dell' utero, che faceva appoggiare il vertice del bambino sull' orificio della matrice nella direzione inclinata del piano del distretto superiore. Se le acque amniotiche non fossero colate col cominciare del travaglio e si fosse invece conservata l' integrità delle membrane, dovendosi dilatare l' orificio uterino per l' azione della borsa, che come cono tende ad allontanare ed allargare l' orificio dal centro alla periferia, il tumore anzichè esser invitato a scendere in basso sarebbe stato ricacciato in alto, perchè l'espansione del segmento inferiore dell' utero, ad acque non ancora colate, avrebbe impedito che il tumore potesse insinuarsi nel cavo pelvico di cui il distretto superiore sarebbe stato tutto occupato dall' ima porzione della matrice. Mano mano che la dilatazione dell' orificio uterino progrediva, che la forza espulsiva dell' utero andava crescendo, il tumore che stava al davanti e ad un livello inferiore della parte presentata, sarà stato spinto continuamente in avanti ed all' imbasso dal corpo che doveva percorre la filiera pelvica, strisciando sull' arco pelvico anteriore. La testa del feto, spinta secondo l'asse

del distretto superiore e cioè dall'alto al basso e dall'avanti all' indietro, per seguire il suo cammino avrà dovuto spingere il corpo che precludevale e difficoltavale il passaggio, sempre più in basso ed in avanti quanto maggiormente si avverava la di lei discesa nel bacino. Essendo il tumore appoggiato su di un piano adeso in avanti direttamente od indirettamente alle branche ischio pubiche ed al pube, ed all' indietro alla parte inferiore del corpo dell' utero, non avrà potuto scendere nello scavo ed uscire dai genitali prima di aver disteso a sufficienza la parete superiore della vagina nella sua parte mediana. L' attacco anteriore della vagina era troppo sodo per poter cedere alla violenza che era fatta dal tumore e l' attacco posteriore, sebbene dato da parti mobili, non era facilmente distruggibile o cedevole perchè la testa del feto immobillzzata al distretto superiore per l' ostacolo che contrastavale il cammino avrà rinforzato il punto d' appoggio della vagina sull' utero in quanto che ogni contrazione sebbene portasse l'effetto di spingere in basso il tumore e di far trascinare secolui tutta la parete superiore della vagina, portava anche un risultato che si opponeva alla facile vittoria del tumore sulla vagina. Infatti la contrazione uterina faceva appoggiare la testa del feto sulla parete pelvica posteriore restando così immobile o quasi, l' orificio uterino, non completamente dilatato, durante la contrazione sarassi addossato al cono cefalico che da lui protrudeva, prendendo su di esso un saldo appoggio, rimontando anzi sul cono stesso in proporzione dell' elasticità sua e della forza delle fibre longitudinali ed oblique che tendono ad accorciare l' asse verticale della matrice. Con ciò l' estremità posterior superiore della vagina sostenuta da una forza attiva, vitale, avrà lottato contro l' influenza del tumore nello spingerla in basso e nel volerla distaccata dall' utero. Al tumore

quindi non restava altro che di far violenza sulla parte mediana della vagina come quella cui nessun sostegno attivo o passivo soccorreva e che era quindi abbandonata in balìa della forza cieca che su lei agiva.

Se così non fosse stato, il tumore sarebbe sceso ed uscito assai più rapidamente, ma avressimo trovato allora un notevole abbassamento dell' orificio uterino, che come si disse, era collocato nella sua posizione normale, grazie all' avvenuto allungamento della parete superiore vaginale ottenuto per intero mentre l' orificio era immobilizzato al distretto pelvico superiore.

Il non esser stata trascinata in basso la vescica orinaria dal tumore devesi a ciò che questo, incalzato, compresso ed abbassato dalle contrazioni uterine avrà dovuto scendere nello scavo colla sua estremità posteriore dapprima, mentre l' anteriore, quella che era più vicina alla vescica sarassi rialzata, per il movimento di *bascule* notato, rialzando in pari tempo l' urocisti. Dovendo però il tumore gradatamente insinuarsi nello scavo ed il posto da lui occupato al distretto superiore venendo occupato poi dal segmento inferiore uterino, questo appoggiandosi contro le ossa pubiche avrà sostenuto la vescica, avralle impedito di seguire la trazione esercitata dal tumore in via di estrinsecarsi. L' estremità anteriore del tumore fu l' ultima infatti ad uscire dai genitali ed era quella che dalla parte inferiore della vescica distava per breve tragitto. Poca quindi doveva esser stata la violenza patita dall' estremità vulvaria della vagina e poco lo sforzo sofferto dalla vescica: maggior stiramento avrà dovuto subire l' orificio uterino, esso pure impedito d' abbassarsi pel modo d' agire delle contrazioni uterine che facevano sostegno all' orificio nella modalità descritta. La sola parte mediana vaginale, giova il ripeterlo, era quella che doveva compire lo straordinario ufficio a cui la vedemmo chiamata.

Una volta uscito dai genitali il tumore, la testa del feto percorse rapidamente il breve spazio che la separava dall' apertura vulvaria, e siccome era poco voluminosa; cedevole, assai elastica, si addattò a passare dall'apertura inferiore e dal peduncolo senza eseguire il moto di rotazione, rasentando e strisciando fortemente sulla commessura posteriore della vulva. Le spalle vennero poscia ad uscire in senso così poco obliquo che si avvicinavano di molto alla posizione trasversale. La spiegazione di ciò convien cercarla, non più nel tumore che era uscito completamente dalla vulva, e che solo pel suo punto d' attacco occupava la sommità dell' arcata pubica, ma dallo stato di tensione e di accorciamento in cui si trovava la parete anteriore della vagina. La testa e le spalle quindi avranno trovato maggior agio a deprimere la parete posteriore della vagina ch' era l' unica che poteva prestarsi al distendimento necessario pel passaggio del feto. Essendo rigida la parete vaginale anteriore non avrà permesso alle parti fetali di trovare in lei quell' arrendevolezza che è indispensabile perchè si effettui un movimento un po' esteso. Anche nel mancato moto di rotazione troviamo una conferma della legge meccanica che sovraintende alla funzione del parto, che cioè i vari movimenti che il feto eseguisce per venire alla luce altro non sono che il risultato di un accomodamento del prodotto al canale percorso, ossia che il feto obbedendo ad una legge meccanica cerca di mettere nei migliori e più facili rapporti le parti sue colle materne. Nel caso nostro l' accorciamento e la tensione della parete vaginale anteriore, l' essere occupata la sommità dell' arcata pubica e la superficie interna del pube dal peduncolo apparente del tumore era una condizione di cose che veniva ad accorciare il diametro antero posteriore d' ambedue i distretti e dello scavo. La testa e le spalle quindi avranno avuto maggior comodità ad

attraversare la filiera pelvica in posizione trasversa anzichè mettersi in posizione obliqua nell' escavazione e diretta all' apertura inferiore. L' aver già il tumore divaricato i genitali esterni all' atto del sorpassarli, l' esser la testa piccola e riducibile avrà reso facile il costei passaggio dall' apertura perineale più di quanto avrebbesi potuto aspettare pel mancato moto di rotazione, tanto più essendo la donna primipara.

Espulso il feto, uscite le secondine, il tumore in onta all' elasticità di cui ancora poteva fruire la vagina, era impossibilitato a rientrare nel cavo pelvico a cagione del volume suo che avrebbe richiesto, per ottener ciò, una forza impellente che a lui mancava per intero. Dato anche che si avesse avuto il mal consiglio di tentare la riposizione del tumore, si sarebbe resa necessaria una forza molto superiore a quella volutasi per la di lui estrinsecazione. Per effettuarsi questa infatti si aveva avuto la cooperazione della forma e della direzione del canal duro e molle che il tumore aveva percorso: per realizzare il tentativo di riposizione bisognava vincere invece oltre l' ostacolo insito nel volume del tumore, quello anche della disposizione delle parti molli e dure che naturalmente sono tanto sfavorevoli a permettere una tal cosa, come sono invece favorevoli per secondare e guidar quasi al di fuori di esse un corpo che le attraversi dall'interno verso l' esterno.

Trattamento in puerperio. — Rimasto fuori dal pudendo il tumore di cui è parola, a noi sembra che non potevasi seguire una linea di condotta migliore di quella addottata e che miglior esito non si poteva aspettare per la puerpera.

L' abbandonare il tumore a sè stesso, nella speranza che si avvizzisse, cessata l'influenza nutritizia della gravidanza, era un domandar troppo alla natura, una volta

ch' era stata fatta diagnosi di tumore fibroso. La natura avrebbe potuto sì da sola liberarsi da questo tumore in seguito a corrosione gangrenosa della parete vaginale coprente il tumore stesso: ciò però includeva un tempo assai lungo, il pericolo della diffusione della gangrena alle parti vicine: se pensatamente si avesse voluto lasciare alla natura un tal compito bisognava sapere, ciò che invece ignoravasi, che il tumore era privo affatto di peduncolo. Era dunque necessario, nell' interesse della donna, intervenire come si fece per liberarla dal tumore ed il miglior metodo operativo istituibile era appunto quello a cui si ebbe ricorso. Con esso infatti si poteva economizzare una gran parte di vagina, che avrebbe potuto esser utile se si fosse resa necessaria in seguito una operazione di plastica: per esso si raggiungeva lo scopo senza molestare la vescica, l' utero, il peritoneo, senza esercitar violenza, senza far subire trazioni o spostamenti alle parti vicine. Se nella prima parte dell' operazione può esservi qualche cosa possibile di critica, si è sul non aver esportato col tumore un maggior elisse di vagina a risparmio dei lunghi e larghi lembi che di essa residuarono dappoi. Siccome però era impossibile prevedere la somma facilità dello snucleamento del tumore, ed anzi ciascuno si aspettava di dover legare od escidere il peduncolo, ripromettendosi in tal momento un discreto imbarazzo ed una emorragia fors'anco non indifferente, così a non accrescere le difficoltà dell' emostasi, a non preparare ostacoli fino dal principio dell' operazione, feci l' escisione di un piccolo elisse di vagina, comprendente di essa la parte mediana anteriore perchè più tesa, assottigliata e già gangrenata, circostanze queste che dovevano aver difficoltato ed impedito la circolazione e che mettevanmi al sicuro del pericolo e dell' imbarazzo che si voleva evitare, l' emorragia. Lo zaffo praticatosi della buccia vaginale era ne-

cessario per arrestare completamente il gemizio sanguigno. Siccome i lembi vaginali eran sede di punti gangrenosi, così non era conveniente il riporli presto nella cavità del bacino per il pericolo dell' infezione, pericolo che si sarebbe reso tanto più probabile quanto più il risultato della decomposizione si fosse soffermato all' interno del cavo pelvico, in tanta vicinanza di un utero così disposto ad ammalare pel soverchio lavoro a cui era sottostato. Tenendo fuori i lembi si ebbe il vantaggio di sorvegliare l' emorragia nelle prime ore, di dominare la gangrena in appresso, di vincerla e di cooperare al raggrinzamento della buccia vaginale: ridottasi questa in proporzioni assai piccole, venne collocata all' interno dove potè esser bastantemente sostenuta e continuare nel lavorìo di riduzione.

Dei lembi vaginali residuati per l' ablazione del tumore, non si istituì nessun trattamento chirurgico, perchè la gangrena lo avrebbe impedito dapprima ed in seguito non si volevano stabilire nuove superfici di suppurazione nè si era invitati a tentare una operazione non urgentemente richiesta in una puerpera, che per la condizione dello stato suo, mal si presta e non innocentemente si sottopone ad operazioni cruente. Qui la natura raggrinzando i lembi per l' atrofia che succede in quelle parti che hanno perduto un compito nella compage nostra, ha provveduto da sola a quello di cui prudentemente l' arte non volle ingerirsi.

Sebbene la diagnosi del tumore, fatta durante il travaglio del parto e dopo, siasi accostata grandemente alla realtà in modo da guidare razionalmente nell' assistenza della donna, pure non fu completa in alcuni punti, nel determinare cioè i rapporti di continuità del tumore e nello stabilirne con precisione la natura. Vedremo quindi se era possibile il constatare l' indipendenza del medesi-

mo da particolari aderenze o da peduncoli o se non piuttosto si poteva conoscere che detto tumore non aveva che rapporti poco più che di contiguità colle parti vicine. Ci studieremo anche di chiarire se la diagnosi di fibroma, come venne clinicamente formulata, poteva esser invece sostituita da quella veramente esatta ed anatomica di fibro-mioma.

Tali ragionamenti intendo istituire, non per la puerilità di scusare un piccolo screzio in un campo che fu alla fin fine abbastanza fortunato, ma perchè desidero portare l' attenzione del lettore sui tumori che accidentalmente potessero aver sede nel setto vescico vaginale, onde ben stabilirne la natura, i rapporti ed il rispettivo trattamento.

Fu già detto che la donna non era stata esplorata da alcuno prima del travaglio del parto e che perciò erano completamente ignoti i dati che riguardavano e potevano gettar luce su quanto si annetteva al tumore. Allorchè si fece il primo riscontro vaginale il tumore era schiacciato tra la parte anterior inferiore uterina e la parete antero laterale destra del canale pelvico. Strisciando col dito rasente la parete pelvica, non si poteva sentire se il tumore fosse quivi aderente o se non lo fosse, tanto e sì forte era l' accollamento di questo a quella. All' indietro invece il dito a stento arrivava a toccare l' orificio uterino, e poteva sentire che il tumore cessava di esser tondeggiante essendovi tra l' orificio ed il tumore una specie di ponte, di istmo, della consistenza identica a quella di quest' ultimo. Questo prolungamento del tumore, osservato tanto durante la contrazione che nel momento della calma era sempre duro e resistente come sostanza fibrosa. Vedendo nel progresso del travaglio che il tumore mano mano che guadagnava terreno verso l' apertura inferiore, perdeva i suoi rapporti primitivi colla parete pel-

vica anteriore, mentre conservava quelli che si eran notati colla parte inferior esterna dell' utero, era naturale che si pensasse esser adeso a quello anzichè ad altro punto pelvico od altro tessuto od organo vicino, facendo difetto d' altronde ogni sintomo che giustificasse il sospetto che peritoneo e vescica potessero aver parte diretta od indiretta col tumore. Anche uscito dai genitali il tumore, il cordone duro e fibroso che univa il tumore all' utero e che in realtà altro non era che la vagina distesa e forzatamente stirata, fece credere ancor di più al supposto peduncolo e fece credere anzi ad alcuno che il peduncolo non solo esistesse ma che partisse dall' interna superficie dell' utero.

La frequenza di tumori fibrosi attaccati all' utero e la eccezionalità di un tumore libero nel setto vescico vaginale, fece prestar fede al primo giudizio più che indurre, nemmeno nel sospetto, di questo secondo stato. Nelle considerazioni postume però che si son potute fare, emerse che il sospetto dell' esser libero il tumore nel setto vescico vaginale poteva nascere nel vedere che sebbene cacciato il tumore innanzi del feto e fuori dei genitali, pure non si era manifestato alcun spostamento della matrice anche dopo l' espulsione del feto. Se il tumore fosse stato adeso all' utero per un peduncolo, il viscere doveva necessariamente esser trascinato in basso, od almeno, stirando il tumore dovevasi sentir l' utero partecipare del movimento impresso a quello, ciò che in effetto non si era riscontrato.

La diagnosi di fibro-mioma non poteva esser fatta con certezza, ma una tal natura del tumore poteva esser sospettata una volta che si credeva essere il tumore in dipendenza dell' utero. La frequenza però dei tumori fibrosi uterini, maggiore delle altre varietà, la durezza ed il volume del tumore, contribuirono a farlo giudicare compo-

sto esclusivamente di sostanza fibrosa, mentre non lo era che per la massima parte. I punti del tumore in cui si avvertiva una consistenza minore, che sembravano fluttuanti e che per l' appunto erano composti di sostanza muscolare, vennero attribuiti a quegli speciali rammollimenti che qua e là si notano in grembo dei veri tumori fibrosi quando hanno acquistato un volume considerevole.

I pericoli che corre la donna, quando il parto è complicato da tumori fibrosi uterini, appariscono nella loro dura evidenza da una statistica che di simili casi seppe compilare il *Tarnier*. Sopra 42 casi a cui si riferisce la detta statistica, 27 donne morirono, 13 guarirono e di 2 l' esito non si potè cerziorare. Queste 42 osservazioni vengono così suddistinte: parto spontaneo 8 casi; guarigioni 6. Forcipe 6 casi; 2 guarigioni. Rivolgimento 6 casi; 2 guarigioni. Parto prematuro 1 caso; 1 guarigione. Embriotomia 1 caso; 1 decesso. Enucleazione del tumore 1 caso; 1 decesso. Operazione cesarea 14 casi; 2 guarigioni. Morte prima del parto, 5 casi. Dell' esito dei bambini non è fatto cenno, epperò è facile supporre come la costoro mortalità debba salire molto alta quando si pensi alla difficoltà che accompagna sempre la loro espulsione od estrazione, al lungo tempo che la natura impiega quando riesce sola allo scopo, agli ostacoli gravissimi che deve superare l' ostetrico quando l' arte è chiamata a soccorrere la troppo stanca od impotente natura.

Nel caso nostro il pericolo maggiore creato alla donna dal tumore per riguardo alla sua sede ed al modo con cui venne ad estrinsecarsi, era quello di produrre il distacco della vagina da' suoi punti d' inserzione. Essendo però il tumore più vicino all'estremità uterina del canal vaginale che non al costei attacco vulvario, essendo questo più resistente di quello, era più facile quindi che do-

vendo succedere un distacco, s' avverasse verso l' estremità d' attacco uterino. Un tale accidente, che sarebbe stato gravissimo, fu scansato in grazia della particolare elasticità ed arrendevolezza del tessuto vaginale. A priori non avrebbesi potuto far assegnamento su tanto grado di distensibilità vaginale e per esser la donna primipara e per esser dotata di una sodezza di tessuti in conformità colla robusta sua costituzione. A provare fino a qual punto sia distensibile, elastico, arrendevole il tessuto vaginale, parmi non sia possibile invocare esempio più parlante di questo in cui la vagina ad un tempo formava involucro ad un corpo grosso quanto il capo fetale e lasciava passare il capo ed il tronco di un feto. Anche nel meccanismo dell' evoluzione spontanea, con cui raramente si compie il parto per la spalla, la vagina è chiamata ad una grande distensione, perchè nel momento che le natiche percorrono la trafila pelvica, essendo fissata sotto l' arco del pube la regione della spalla, la vagina viene ad esser addossata quasi esattamente a tutta l' interna superficie della pelvi. Sebbene ciò sia già molto, pure è cosa di gran lunga inferiore a quanto è mio intendimento di far rimarcare. Nel caso di evoluzione spontanea, tutto il tessuto vaginale equabilmente si presta alla dilatazione, vi si presta in un tempo assai lungo ed in condizioni favorevoli per essere la donna ordinariamente multipara e con parti sfiancate e rilasciate più che di solito non si avveri. Nel caso nostro invece, oltre la rapidità con cui la vagina ebbe a dilatarsi a tanto grado, conviene notare che tutta la parte superiore della vagina era impegnata esclusivamente a coprire il tumore e che solo la parete posteriore dovette sopperire alla dilatazione necessaria per permettere il passaggio del feto.

Una tanto forzata dilatazione, se non ha prodotto la screpolatura ed il distacco della vagina, ha però favorito

la disorganizzazione consecutiva della medesima nella parte che copriva la porzione più prominente del tumore. Ho detto favorito e non prodotto la gangrena della vagina perchè sebbene la dilatazione, lo stiramento forzato di un tessuto, massime se continuato ed a ridosso di un corpo resistente, induca somma difficoltà alla circolazione e possa esser la sola causa della gangrena, pure qui non possiam dimenticare che oltre a questo eravi come un cingolo, un colletto strozzante il tumore e costituito dal brusco ripiegarsi su sè stessa della vagina, per il modo di comportarsi del tumore. Da ciò si aveva un angolo sentito che rendeva difficile il passaggio del sangue nei vasi e si aveva una compressione del tessuto vaginale tra il tumore e l' arcata pubica.

Una rottura uterina, per l' ostacolo all' effettuazione del parto, un trombo vaginale per la compressione patita da questo canale e l' ostacolo al reflusso venoso, una rottura completa del perineo, per la forzata sua dilatazione, erano accidenti che potevano succedere durante il travaglio del parto e che fortunatamente non si ebbero a lamentare.

L' insolita energia di travaglio che osservossi in questa donna vuolsi ripetere in parte dall' influenza del tumore nello stimolare le contrazioni uterine. Prima del cominciare del travaglio, per la disposizione del tumore col segmento inferior dell' utero è certo che la parte presentata non avrà potuto abbassarsi nello scavo, non solo, ma non avrà appoggiato nemmeno fortemente sul piano del distretto superiore. Anche il tumore era tutto al disopra dello stretto pelvico superiore ed in mancanza di un riscontro vaginale che ciò ponga fuor di dubbio, sta però la presunzione desunta dal sapere che essendo la donna primipara, non ebbe quasi a risentire i fenomeni precursori di parto riferentisi all' abbassamento della par-

te inferiore del viscere gestante. Abbassandosi il tumore nello scavo sotto le prime contrazioni della matrice, la vescica veniva ad essere compressa e la testa obbligata all' indietro ed a sinistra, veniva a premere esageratamente il retto intestino. Da ciò tenesmo rettale e vescicale assai vivo, pressione ognor più crescente delle parti molli intropelviche e stimolo sempre maggiore per le contrazioni uterine che, come ognuno sa, si fanno più forti, più espulsive quando il tenesmo rettale e vescicale e la pressione delle parti molli pelviche sono ad un grado spiccato. Nel mentre quindi per effetto delle contrazioni uterine il tumore era stato obbligato a scendere nel canal pelvico, ad attraversarlo e ad uscirne, per suo conto poi valeva a render più forti quelle, a cooperare in questa guisa alla sua espulsione ed a quella del prodotto.

Non bisogna disconoscere che il felice esito del caso clinico narrato debbasi in gran parte a circostanze fortuite, non avverandosi le quali potevasi sortire un effetto meno fortunato per la donna. Infatti se in principio affatto di travaglio si fosse respinto il tumore e mantenuto respinto al disopra del distretto superiore, o se più tardi il tentativo di respingimento fallito per la spasmodia delle contrazioni uterine e la retrazione potente delle pareti addominali fosse riuscito valendosi anche dei mezzi anestetici, che vennero dimenticati allora e che d'altronde non avevasi la possibilità di metter in atto prontamente, se il respingimento infine fosse stato fatto, il parto sarebbesi compìto naturalmente, il feto fors' anco sarebbe nato vivente, ma alla donna sarebbero residuati incomodi gravissimi dovuti alla presenza del tumore, cui nessuno certo avrebbe ardito esportare. Durante il puerperio poi un tumore duro, voluminoso, resistente qual' era il nostro, che faceva pressione sull' orificio uterino avrebbe difficoltato lo scolo lochiale e creato pericolo di assorbi-

mento, di infezione alla donna. Estrinsecatosi naturalmente invece, venne diagnosticato, debitamente esportato e la donna restò del tutto libera dalla molestia occasionata dal tumore.

Se la donna fosse riparata subito alla Maternità, anzichè aspettare due ore dal momento in cui venne consigliata a far ciò, di certo che si sarebbe passato all'estrazione artificiale del prodotto, autorizzati come si era dalla costui morte e dai pericoli che minacciavano la donna. Anche in tal caso, essendo il tumore nello scavo, l' operazione non sarebbe riuscita la più facil cosa, avrebbe creato quindi qualche pericolo per la donna. Una volta liberata poi dal prodotto, il tumore restando nello scavo avrebbe continuato a molestare col tenesmo rettale e vescicale, coll' impedire il libero flusso lochiale, col difficoltare la circolazione nel plesso pudendo: la diagnosi della sua sede, de' suoi rapporti sarebbe stata più difficile e meno probabile sarebbe stato l' intervento chirurgico inteso a togliere colla produzione morbosa, gli incomodi ed i pericoli alla puerpera.

Ecco quindi, che da una somma di accidentalità a prima vista sfavorevoli, ne scaturì il meglio per la donna. Una tal cosa però non incoraggì nessuno a decampare dalle norme stabilite sul trattamento che si meritano i tumori complicanti il travaglio del parto: forse non ci incontreremo mai più in un tumore di tal specie, con tal sede, di tal volume, di simili rapporti e facilmente invece saremo per imbatterci in tumori che nulla avendo di comune con questo, meriteranno sempre l' esatta osservanza delle indicazioni desunte dal loro volume, dalla loro sede, mobilità, consistenza, rapporti, natura e simili.

Serva il caso attuale a mostrare ancor più palesemente quanta incertezza, quante difficoltà circondino l' ostetrico nelle contingenze di tumori complicanti il parto.

Corollari

Fra i tumori complicanti il parto ve ne possono essere alcuni sviluppati od insinuatisi nel setto vescico-vaginale.

Per riconoscere la costoro natura bisogna invocarsi ai dati che aiutano nel diagnostico delle produzioni morbose.

L' esplorazione vaginale e la palpazione addominale faranno conoscere il volume, la consistenza, la mobilità, il calore, la sensibilità del tumore.

Coi due mezzi d' indagine anzidetti sarà possibile alcune volte riscontrare la sede ed i rapporti del tumore: quasi sempre però si renderà necessario il cateterismo vescicale e più che tutto bisognerà prender norma dai disturbi funzionali indotti dal tumore prima e durante il parto.

Converrà guardarsi dal prendere per un peduncolo che attacchi il tumore agli organi ed ai tessuti vicini, ciò che invece non dipende che dalla vagina distesa e stirata.

Potendo i tumori, sviluppatisi od insinuatisi nel setto vescico-vaginale giungere ad un considerevole volume in gravidanza senza dar luogo a fenomeni che li facciano sospettare prima del parto, in sopraparto si sarebbe inclinati a crederli accidentalmente giunti nel cul di sacco peritoneale vescico-uterino, anzichè collocati tra la vagina ed il peritoneo, tra la vescica e l' utero attesa la mancata fenomenologia in relazione ai disturbi funzionali che a tutta prima sembrerebbe dovessero esser stati inevitabili. Si giungerà a differenziare l' una dall' altra sede ponendo mente che i tumori collocati al disopra del peritoneo se saranno compressi ed abbassati nel bacino daranno sempre luogo a fenomeni peritoneali ed abbassamento di livello della vescica e dell' utero. Quelli collocati

al disotto del peritoneo potranno non spostare il livello dell' utero e della vescica, abbassarsi ed uscire anche dalla cavità pelvica senza dar luogo a fenomeni peritoneali.

Diagnosticata la sede del tumore, conosciuta la sua natura, bisognerà provvedere a seconda di quello a cui potrà fare indicazione il diverso modo di essere della produzione morbosa stessa.

Il trattamento curativo vorrà essere identico alle altre condizioni create da tumori esistenti in altro punto pelvico. Perciò dovrassi anzitutto tentarne il respingimento fin che resti speranza d' ottenerlo: soprassedere se il volume e la consistenza lascieranno sperare il compimento spontaneo del parto: intervenire estraendo il feto colla mano e cogli istrumenti, se la natura sarà per essere insufficiente alla costui espulsione: togliere o diminuire l'ostacolo creato dal tumore, pungendolo (1) per evacuarne il contenuto quando fosse liquido, estraendolo con taglio dalla parete vaginale se fosse solido. Quando il volume,

---

(1) Ad evacuare liquidi raccolti in cavità speciali, massime se il peritoneo formerà involucro alla raccolta, raccomando agli ostetrici di dar la preferenza ad un mezzo, che ottenendo la completa evacuazione del contenuto impedisca l' ingresso dell' aria nei punti occupati prima dai liquidi. Lo strumento del chiarissimo Dott. Cav. *Verardini Ferdinando* di Bologna, raggiunge appunto il doppio intento summentovato: esso è semplicissimo, di facile maneggio, poco costoso e modificato come trovasi al presente accontentar deve la più scrupolosa esigenza. Dal suo autore tale strumento venne nominato Sifone inspirante premente pel modo particolare con cui spiega la sua azione. (Vedi in proposito la Memoria del Dott. *Verardini* intitolata: Studi monografici intorno l' Ematocele peri o retro-uterino. Bologna 1869).

Anche la piccola pompa aspirante del *Dieulafoy*, fondata sopra un sistema analogo a quello del *Verardini*, è assai utile, ma più costosa e di meno facile maneggio.

le aderenze, la vascolarità, la natura del tumore rendessero la sua ablazione assai pericolosa, bisognerebbe tentare l'estrazione del feto a mezzo dell'embriotomia o passare alla di lui estrazione praticando il taglio cesareo.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA

Figura I.

Tumore fibro-muscolare in via di estrinsecazione

1 Utero.
2 Testa fetale.
3 Orifizio uterino.
4 Cul di sacco peritoneale vescico-uterino.
5 Vescica.
6 Uretra.
7 Pube.
8 Tumore.
9 Parete vaginale anteriore.
10 Parete vaginale posteriore.

Figura II.

Tumore fibro-muscolare estrinsecatosi dai genitali

1 Vescica.
2 Uretra.
3 Catetere introdotto nell' uretra.
4 Cul di sacco peritoneale al davanti della vescica.

5 Cul di sacco peritoneale utero vescicale.
6 Spazio vescico-utero-vaginale.
7 Fibro-mioma estrinsecatosi.
8 Pube.
9 Parete anteriore della vagina.
10 Parete posteriore della vagina.
11 Orifizio uterino.
12 Testa fetale.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

—

L' ossigene e le sue proprietà terapeutiche. — Pel dott. *S. D. Crothers.*

Storia e bibliografia. — Il gaz ossigene fu impiegato come medicamento tosto dopo la sua scoperta. La prima osservazione che lo riguarda risale al 1783. Altre appresso ne furon fatte sino al 1789, quando *Beddoes*, professore di clinica ad Oxfor pubblicò una lunga serie di casi in cui questo agente venne con successo applicato. L' entusiasmo di questo pratico fu sì grande che, coadiuvato da *Humphsey Davy*, e da *James Watt*, creò un' Ospitale in cui l' ossigene impiegavasi ad esclusivo trattamento. Alcuni anni dopo un altro simile fu fondato a Ginevra. Ambedue non ebbero che breve esistenza. Effettivamente tanto i panegiristi che i detrattori del nuovo rimedio non aveano che una conoscenza imperfetta delle sue proprietà terapeutiche. Nel 1789 *Beddoes* pubblicò un primo lavoro su l' ossigene col titolo di *Considerations on the factions airs.* Tranne qualche osservazione e qualche nota nei trattati di chimica, nient'altro fu scritto su tale argomento fino al 1857. A quest'epoca il dott. *Bink* pubblicò a Londra un suo lavoro *On Oxigen.* Nel 1866 ne venne in luce un altro eccellente di *Demarguay* di Parigi sotto lo stesso titolo. L' anno stesso il dott. *Beigel* di Londra preconizzò l' uso dell' ossigene in un lavoro sull' inalazione. Nel 1870 il dott. *Smith* di

New-York compilò tutto quanto conoscevasi sull' argomento aggiungendovi qualche osservazione e diverse esperienze originali. L' ultima edizione di questa pubblicazione è la migliore monografia del soggetto che si conosca.

Fatti e teorie. — L' antica teoria addimostrante la controindicazione del gaz ossigene nelle infiammazioni erasi così tenacemente radicata nel mondo scientifico, che non v' era chi osasse attaccarla. Occorrevano nulla meno che le osservazioni di *Smith* e di qualche altro esperimentatore per mettere in evidenza questo clinico errore. L' ossigene al contrario, diminuisce l' intensità delle infiammazioni acute, agisce a mo' di tonico, non già come « uno stimolante dell' irritabilita del cuore e dei vasi ». Il potere assorbente del sangue ha un limite che dipende dalla qualità e dalle condizioni chimiche del fluido nutrizio: una sopraossigenerazione è impossibile, e l' ossigene, in contatto cogli alveoli pulmonari non sarà assorbito che nella estrema misura del bisogno fisiologico (*Lavoisier*, *Regnault*, *Reiset*).

Il potere assorbente del sangae può accrescersi in talune condizioni e precipuamente per la presenza degli alcalini. *Smith* ed altri autori consigliano l' uso degli alcalini, specialmente del *clorato di potassa* (?), quando l'ossigeno amministrato non produca effetti rilevanti. *Birch* opina che il ferro non agisca come tonico che in quanto ch' egli ha la proprietà di elevare il potere assorbente del sangue. Lo stesso pratico afferma che l' ossigene fornisce dell' elettricità negativa, mentre gli portano elettricità positiva, dall' unione dei quali elementi nasce la forza elettrica onde i centri nervosi sono provvisti.

Proprietà terapeutiche. — La sua forza terapeutica manifestasi contro due varietà di malattie quelle, cioè che dipendono da una incompleta nutrizione, e quelle che da una respirazione insufficiente traggono origine. La *tisi* sta a capo della prima varietà.

Quando l' ossigene è amministrato nei primi periodi di essa unitamente ai tonici ordinarii e ad un trattamento analittico, se ne ottiene di spesso la guarigione e, salve poche eccezioni, sempre un alleviamento ed una sosta del processo morboso. Afferma che se il farmaco si appresti con perseveranza a questo stadio della malattia, come l' olio di fegato di merluzzo ed altri rimedi in uso, e vi concorrano buone prescrizioni igieniche, la guarigione completa è la regola e non l' eccezione. Più tardi, quando l' affezione fa rapidi progressi, l' ossigene arresta i sintomi i più minacciosi, diminuisce la febbre ed abbassa il termometro, calma la tosse, pone fine ai sudori notturni, determina spesso un aumento non

equivoco nel peso del corpo, ed un miglioramento nel generale. Questi vantaggi o mantengonsi per tutto il tempo in che si amministra l'ossigene, o solo per alcune settimane od alcuni mesi. In questi ultimi casi gli effetti del rimedio cessano e i più dei sintomi ricompaiono. Se il malato è in cattive condizioni igieniche, come se dimora in appartamenti chiusi, in cui diffetta la ventilazione e l'aria pura, gli effetti dell'ossigene sono realmente rimarchevoli; prevengono il dimagrimento, e sembrano gratificare il malato con una vita novella. Sonosi osservati alcuni casi in cui l'ossigene ha prodotto un aumento di sintomi. Tale effetto è certamente dovuto ad una incompatibilità dell'economia con questo gaz. Ma qui l'eccezione conferma la regola e ci prova l'ignoranza in cui siamo delle condizioni nelle quali dev'essere amministrato il rimedio. Dice il dott. *Smith* « io ho la maggior fiducia nell'ossigene contro la tisi polmonare che in alcun altro oggetto terapeutico. Molti pratici dividono questo sentimento. Io dò l'ossigene nei casi di tisi (salva la controindicazione) perchè esso attenua i sintomi acuti, ed abbiamo molte ragioni per credere ch'ei prolunghi la vita, se non prepara la guarigione. Prescritto contro l'anemia, possiede non meno un potere rimarchevole, come pure nel più gran numero delle malattie di questa prima categoria. È probabile che alla guisa di molti prodotti medicamentosi, i suoi effetti sull'economia sieno proporzionati ai bisogni del corpo ed al potere assorbente del sangue ».

Nella seconda varietà di malattie, cioè di quelle in cui la respirazione è insufficiente, l'uso dell'ossigene è del pari di un valore inapprezzabile. Il dott. *Smith* crede che in generale ogni lesione che dia luogo al sintoma dispnea risente la salutare influenza dell'ossigene. Nell'asma, i suoi benefici sono supremi: allora i parosismi di soffocazione senza fallire giammai, e se la malattia affetta una costituzioue debole ed anemica, fortifica l'economia contro nuovi attacchi. Quando il male è recente puossi aspettare una completa guarigione. Come nella tisi, incontransi per altro dei casi in cui i sintomi lungi dall'emendarsi, si aggravano, senza controindicazione manifesta, io persisto anche allora nel trattamento. Nell'enfisema, nel croup, nella difterite, si ottengono belli e buoni risultati coll'ossigene, arrestando il corso minaccioso dei sintomi si dà tempo alla natura di venire alla riscossa. Esso ha fortemente destato l'attenzione in casi d'avvelenamento da oppio. Amministrato a frequenti ma piccole dosi, arreca pure sommi benefici nella pneumonite con congestione venosa ed intensa dispnea.

Ecco le principali malattie contro le quali il gaz ossigene sembra avere peculiare efficacia. Però lo si è con successo sottoposto a numerose prove contro altre molte. I suoi effetti manifestansi di solito dopo pochi giorni. In genere, nel torno di sei settimane le sue virtù trovansi esauste. L' ossigene, come rimedio, è stato alternativamente l' oggetto d'elogi stravaganti e di ingiuste depreziazioni, ma senza dubbio alcuno, gli è un agente energico e le osservazioni cliniche gli assicureranno un posto nella scienza.

Preparazione e dosi. — La Compagnia del gaz ossigene spedisce il suo prodotto compresso in cilindri della capacità di uno a cinque *galloni* al prezzo di due o tre cent. il gallon, e di 30 per settimana in un raggio di parecchie miglia. Il dott. *Smith* ha immaginato un piccolo apparecchio per produrre il gaz ossigeno al letto del malato. Costa 25 dollari, ed il tubo d' inalazione 5 dollari.

Ogni medico può procurarsi ossigene nel proprio laboratorio mercè i vari processi chimici a ciò in uso, ma questi oltre il costo maggiore, hanno l' inconveniente di fornire un gaz carico di impurità che gli scemano valore.

Nei primi periodi della tisi, l' ossigene può essere amministrato di due in due ore il giorno, sino alla concorrenza di 5 galloni (circa 22 litri). Convien prender norma dalle circostanze per determinarne la quantità di fronte ad un accesso d' asma o di una grande dispnea. Nei casi cronici accompagnati ad anemia, se ne posson dare da due a quattro galloni (da 9 a 18 litri) tre volte al giorno due ore prima di ciascun pasto. Ordinariamente, dopo l' inalazione, il malato prova un bisogno di dormire che vuol essere favorito. Piccole dosi per ogni volta, frequenti mentre ripetute, sembrano produrre i migliori effetti. Durante l' operazione il malato amplierà il torace ed allontanerà ogni morale agitazione. I primi effetti che provansi sono un violento desiderio di dormire, una diminuzione di temperatura, uno stato stazionario od un acceleramento del polso; talvolta una leggera ilarità. Se l' inalazione, dopo la terza o quarta prova è seguita da un aggravamento dei sintomi, evidentemente il rimedio è contro indicato. Raccomandasi di por molta cura all' igiene del malato, la notte specialmente.

(The medical and chyrurgical reporter).

Intorno al diabete zuccherino ed alla sua cura.

Secondo *O. Schultzen*, professore di medicina a Dorpat, le principali materie combustibili dell' organismo sono le materie grasse quali la glicerina e l' aldeide della glicerina. Questi due ultimi corpi risultano dalla decomposizione dello zucchero secondo la formola $H^2 + C^2 H^{12} O^6 = C^3 H^6 O^3 + C^3 H^8 O^3$.

Nel malato colpito da diabete zuccherino il fermento che determina nelle condizioni normali la decomposizione dello zucchero manca quest' ultimo prodotto non essendo combusto nell' organismo che a condizione d' esser stato prudentemente decomposto viene eliminato in natura dal diabetico. Il malato non solo perde, senza poterla utilizzare una tra le sue principali materie combustibili, ma deve ancora apprestare il lavoro necessario al trasporto ed all' escrezione di questa materia divenuta inutile per lui. Per poter sopprire a questo lavoro abbisognano all' organismo gran copia di albuminati combustibili; un appetito insaziabile ne è la conseguenza. La concentrazione dei succhi provoca la gran sete e i disordini consuntivi della nutrizione (cataratta, tubercoli, foruncoli) sono a sufficienza spiegati da questa alterazione dei succhi.

Tali differenti disordini scompaiono completamente se amministrasi al malato il suo combustibile ordinario, la glicerina, e se sopprimansi le materie amilacee dal regime dietetico che gli si prescrive.

Questi dati diversi sono in perfetta armonia colla legge riconosciuta da *Voit*, che afferma, il moto e gli sforzi non aumentano la decomposizione delle materie azotate, ma determinano una formazione più abbondante d' acido carbonico, e per conseguenza, una combustione più attiva delle sostanze non azotate.

In conformità al risultato delle proprie esperienze e delle proprie ricerche, *Schultzen* consiglia contro il diabete zuccherino l' impiego della seguente prescrizione:

P. Glycerini purissimi 20-30 grammi
Aquae fontis 700 grammi
Acidi citrici, vel tartrici 5 grammi

D. s. da bersi nella giornata.

Se amministrasi la dose della glicerina fino a 60 grammi e più vedesi spesso insorgere la diarrea, mentre che alla dose superiormente indicata puossi amministrare questo medicamento per mesi interi senza inconvenienti. *(Barl. Klin. Wochensch*, 1872, *p.* 418)

Diabete guarito coll'acido lattico (metodo di *Cantani*).

Questo metodo consiste dapprima a sottoporre il malato ad un regime esclusivamente animale. Egli amministra carne arrostita o lessata, senza l' aggiunta di latte ed uova, specialmente senza pane, senza farina, senza alcuna sostanza vegetale, i soli condimenti permessi sono: il sale, l' olio e un po' d' aceto. Porge a bevanda acqua pura e mista a poco alcool: proibisce il caffè, il the, il vino. Il trattamento medico è l' acido lattico in dose da 77 a 154 grani al giorno, mischiati ad 8 o 10 once d' acqua. L' acido lattico di cui servesi il dott. *Balfour* ha consistenza fluida e non siroposa, di peso specifico 1027, e possiede l' odore caratteristico del latte inacidito.

Il primo caso addotto da *G. W. Balfour* era complicato a tisi. Quando il paziente morì, dopo tre mesi di cura, già da qualche tempo non avea più zucchero nelle urine. Nel quinto caso il trattamento condusse ad eccellenti risultati: lo zucchero era scomparso onninamente dalle urine quando il malato, troppo turbolento fu rinviato dallo Spedale. Caso terzo, donna di 15 anni; caso sesto, donna di 17 anni; caso quarto, uomo di 25 anni; caso settimo, uomo di 35 anni; in questi pazienti la malattia durava dai cinque mesi ai tre o quattro anni. Questi malati hanno ricuperato di forze e di peso; non hanno zucchero nelle urine, od al più solo qualche traccia a quando a quando; però sono ancora in osservazione. Caso secondo, uomo di 53 anni: dopo tre mesi di cura, questo malato fu rimesso per alcun tempo all' ordinario regime, ne più apparendo zucchero nelle orine, lo si ebbe per guarito e lo si licenziò. Di poi egli ha continuato a star bene.

(Bulletin général de thérapeutique)

Contributo alla etiologia del morbo di Bright. — Per il dott. *Luschka* di Tubinga.

Quantunque non manchino esempi di anatomia patologica e di patologia sperimentale, i quali comprovano che fra le cause del morbo di *Bright* sono d' annoverarsi eziandio gli ostacoli meccanici al ritorno del sangue venoso dai reni; quello riferito dall' Autore è abbastanza interessante, essendo escluso ogni altro momento etiologico della malattia.

L' osservazione fu fatta su di un uomo di 33 anni, nel quale il reflusso del sangue era impedito da una colossale produzione morbosa, la quale aveva tutte le apparenze di un *flebolito*, formatosi allo sbocco della vena cava inferiore nell' atrio venoso del cuore. Questo tumore avea una forma sferica ed un diametro di 19 millimetri, nasceva con un breve peduncolo dal margine inferiore della fossa ovale del setto degli atrii, e chiudeva per due terzi l' apertura della vena cava inferiore. Da ciò si comprende come dovesse essere difficile il ritorno del sangue dalle parti inferiori del corpo, le quali naturalmente presentavano fenomeni assai pronunziati d' idropisia.

Il tumore all' esterno aveva un colore bianco-gialliccio; all' interno non era tutto eguale, ma costituito di tre differenti strati. L' esterno, della spessezza di 3 millimetri e di un colore giallo sbiadito, era talmente duro da non potersi dividere che colla sega: coll' occhio armato vi si vedevano dei punti costituiti di sali calcari, che trattati coll' acido idroclorico sparivano, lasciando dietro sè una sostanza fondamentale jalina. L'altro strato, di 5 millimetri, egualmente duro, ma che si lasciava dividere dal coltello, non conteneva sali calcari, era invece formato di fasci di fibre e di una quantità di corpuscoli a contorno oscuro. Il nucleo del tumore aveva una consistenza carnea ed un colorito rosso pallido. Mediante un assai corto peduncolo era in sì stretto rapporto colla sostanza muscolare del setto, che si sarebbe detto che ne fosse una produzione; ma l' esame microscopico non vi riscontrò che una tessitura fibrosa, e qua e là fra le fibre qualche nucleo allungato, il cui contorno, coll' aggiunta dell' acido acetico, si faceva oscuro.

Da un' analisi chimica che ne fu instituita dal dott. *Hoppe-Seyler* sarebbe risultato che il tumore constasse di sostanza amiloide. L' Autore però ritiene che siasi trattato di un fibroma (nucleo e secondo strato) nato dalla sostanza interstiziale connettiva del setto, e investito da coaguli fibrinosi (primo strato) che hanno poi subìto una calcificazione.

È a lamentare che questa importante comunicazione non sia accompagnata da una storia dei sintomi della malattia, e da una descrizione dello stato in cui si trovavano i reni.

(Archivio di Virchow fascicolo di Novembre 1872)

Venturini

Un caso di endocardite ulcerosa puerperale, con sviluppo di funghi nel cuore. (Mycosis endocardii). — Per *Hjalmar Heiberg* di Cristiania.

Una giovane di 22 anni, dieci giorni dopo avere partorito senza difficoltà, fu presa da brividi e vomito; i brividi si ripeterono dopo due giorni; sopravenne sopore, gonfiezza dolorosa ai cubiti ed alle spalle; più tardi nel ginocchio destro con rossore erisipelatoso alla parte esterna dell' arto corrispondente: febbre discreta. Dopo 4 giorni si formarono, nella cute delle estremità inferiori, numerose vescichette circondate da un cerchio rosso, e piene di un siero-purulento: poscia si presentò una macchia necrotica alla regione del sacro: l'inferma si fece delirante e in 46ª giornata di malattia morì. All' autopsia furono riscontrate le seguenti alterazioni: endocardite ulcerosa con trombi della mitrale contenenti dei funghi: infarto della milza e dei reni con ascessi metastatici a questi ultimi: due grandi ulceri gangrenose e cavità suppuranti in vicinanza del sacro: trombosi linfatica all' utero: ipostasi ed edema ai polmoni: retrazione cicatriziale al fegato. Dall' esame microscopico dei trombi esistenti nelle ulceri della mitrale e nel cuore sarebbe risultato che fossero costituiti da abbondante *detritus*, con molte granulazioni frammezzo in forma di bastoncelli, paragonabili a bacterie, in unione ad una quantità considerevole di altre granulazioni disposte a corone, da rappresentare le catene del *lepthotrix*.

Ammesso dall'Autore che queste catene siano vere catene di lepthotrix, e che non possano essersi sviluppate dopo morte, perchè l' autopsia fu fatta 30 ore dopo, ad una temperatura di — 7, 1 R. — lasciando da parte la questione del rapporto della vegetazione dei funghi colla contemporanea infezione settica — si fa a ricercare da dove possono essere provenuti quei funghi e per quale via siano arrivati al cuore. Egli ritiene plausibile che siano entrati nell' organismo per la interna superficie

dell' utero; e di ciò vede un indizio nella trombosi linfatica in esso riscontrata.

Il *Virchow*, a cui l' Autore collo scritto inviò il pezzo patologico, conferma, in una Nota, la natura parassitica degli ammassi granulosi, essendo rimasti inalterati all'azione dell'acido acetico o della potassa; senza però pronunziarsi esplicitamente per il Lepthotrix. *(idem)*

Venturini

Sulla identità della tubercolosi colla tisi (Perlsucht) **delle vacche.** — Per il dott. *Schyppel* di Tubinga.

L' argomento della identità della tubercolosi colla tisi delle vacche in oggi non è più soltanto un oggetto di curiosita scientifica, ma bensì una questione d' interesse pratico, avendo il *Klebs* esplicitamente dichiarato *(Archivio 1868-70)* che l' uomo riceve il virus tubercoloso dalla tisi delle vacche. Delle tre vie che possono condurre a stabilire o meno questa identità, cioè la osservazione clinica, le ricerche etiologiche, e la istologia patologica, l' Autore esamina soltanto quest' ultima.

Macroscopicamente la tubercolosi differisce dai nodi perlacei che costituiscono la tisi delle vacche, perchè questi nascono sempre primariamente nella pleure e nel peritoneo; perchè nelle sierose si sviluppano per la maggior parte in forma di nodi grossi quanto un pisello, una ciliegia ed una patata: finalmente perchè i nodi delle pleure e del peritoneo non giacciono frammezzo o sotto la sierosa, ma bensì si sviluppano da un tessuto villoso di nuova produzione, assai ricco di vasi, che vegeta dalla superficie libera della sierosa.

Indurito il tessuto nell' alcool, dopo averlo tenuto per 6-8 giorni in una soluzione di acido cromico (con che si ha anche il vantaggio di distruggere la calcificazione) ed esaminatine i tagli a un piccolo ingrandimento (200 diametri), ha visto che i nodi perlacei sono costituiti da ammassi di piccoli nodi, aggrupati nel tessuto fondamentale formato dalla sostanza villosa surricordata, che cuopre la sierosa, e che consta di cellule rotonde a un solo nucleo, simili ai corpuscoli linfoidi, e di un reticolo che ha i caratteri dell' adenoide linfatico. I noduli stessi constano di cellule e di reticolo, ma il tutto molto differente dallo stroma che costituisce la sostanza villosa; e fra nodulo e nodulo si trovano pure del-

le differenze secondo il grado di sviluppo che hanno raggiunto. Da prima si presentano le *cellule giganti* contenenti fino a 50 nuclei. Desse da prima rotonde acquistano in progresso una forma angolosa e ramosa e così si formano altre cellule (con 1-3 e più nuclei) rappresentanti altre cellule giganti. Fra le cellule poi, di cui si compone ogni nodulo si trova il proprio reticolo, che è molto fino e che non riceve punto vasi, i quali si limitano al tessuto fondamentale che unisce i noduli fra loro.

Questi prodotti morbosi potrebbero essere confusi coi follicoli linfatici; ma questi da quelli si distinguono pei caratteri delle cellule, che sono piccole e ad un solo nucleo e per essere forniti di una rete di fini capillari. Invece il punto di partenza dei noduli perlacei da una cellula gigante e la proprietà del reticolo di essere sfornito di vasi, ne costituiscono la identità col tubercolo: e come in questo, le altre cellule ed i nuclei non sarebbero che derivati della cellula gigante. Sulla origine di questa cellula nulla dice di positivo l' Autore: rigettando la genesi, assegnata dal *Klebs* ai tubercoli, dai vasi linfatici, perchè questi mancano ai nodi perlacei, ne vedrebbe piuttosto l' origine dai vasi sanguigni, stante che si formano su di un tessuto giovine di granulazione, che appunto è ricco di vasi sanguigni. Comunque sia, secondo l' Autore, sarebbe constatato il fatto che il tubercolo sia nei differenti organi dell' uomo, sia nei nodi perlacei della vacca incomincia collo sviluppo di una cellula gigante. *(idem Vol. LVI)*

Venturini

BIBLIOGRAFIA

GUIDA ALLA CLINICA CHIRURGICA. — Pel Dott. *Francesco Petronio*, insegnante privato di Chirurgia teorico-pratica. — Napoli 1872.

Si presenta quale un lavoro di polso questo, dedicato all' illustre nostro Prof. Comm. *Francesco Rizzoli*, e che sarà per riescire utilissimo agli studiosi ed agli esercenti la Chirurgia; in quanto che con molto garbo e con ordine molto si indagano, e si scrutano argomenti eziandio di moltissima rilevanza e le più fresche teorie sono sobriamente analizzate e sintetizzate. È anche però in via di pubblicazione; laonde per ora ci limitiamo ad accennare l' impressione favorevole che abbiamo ricevuta dalla lettura dei primi quattro fascicoli. A facilitarne poi e propagarne la conoscenza ne poniamo di buon grado lo accenno attuale nel nostro periodico. Ad opera compiuta riassumeremo la materia e con la dovuta estensione ne porgeremo un sunto critico bastevole a dedurne l' importanza e il merito del lavoro istesso; il quale si è presentato in maniera sì nobile e sì elevata, da presagirne un molto proficuo successo.

Intanto però e al fine che abbiano il necessario appoggio le parole di lode che qui volentieri abbiamo segnate, stimiamo necessario mostrare l' intera tessitura dell' opera chirurgica dell' onorevole professore *Petronio*, riportandone colle sue stesse parole il *piano* e lo *scopo*.

« Il nostro lavoro, avendo l' obbietto di agevolarci lo studio clinico delle malattie chirurgiche, è sopràtutto un lavoro di metodo. Non spetta a noi dimostrare, in questo luogo, la importanza di tenere un metodo facile e razionale, in ogni genere d' investigazione, e sopratutto nella

chirurgia; la quale resultando da molteplici osservazioni particolari, più che altra parte delle discipline mediche, sente il bisogno di una coordinazione, per quanto più è possibile, esatta e secura: Egli è perciò, che, spinti da tale necessità, abbiam pensato, che un libro, il quale in breve mole tratti con chiarezza, del processo logico per conoscere le singole malattie chirurgiche, sia non che utile, necessario: tanto più, che la patologia interna conta qualche buon libro inteso a tal fine, e parto d'ingegno italiano. Nel tempo che corre, crediamo ancora, che un lavoro di questo genere sia indispensabile; imperciocchè la osservazione e lo esperimento, avendo arricchito la medicina e le scienze naturali tutte di moltissime conoscenze particolari, si ha il dovere da chi insegna, di raggruppare i singoli fatti, mettere in evidenza i meno chiari, collegare gli altri e presentarli in tal modo, che i discenti in chirurgia possano, in maniera meno difficile, servirsene a vantaggio nell' esercizio dell' arte loro. *È un vero indirizzo alla clinica chirurgica* che intendiamo presentare; e per esso, i giovani esercenti, troveranno meno difficile il cammino per conseguire la diagnosi, che è senza dubbio il più grave problema della Clinica chirurgica. Noi però siamo ben lungi dal credere, che il nostro lavoro, a tutto sottisfi, che sia una guida sicurissima ed infallibile: tale sarebbe una troppo pretenzionosa aspirazione dal canto nostro; siamo nondimeno convinti, che alcun poco di utilità frutti, e ciò ci basta, a non renderci peritosi nella trattazione del nostro argomento. Se non che a meglio delimitare il nostro piano, ed a chiarire lo scopo, che ci abbiamo proposto, ci par cosa utile dire in anticipazione, che gli studi delle cose chirurgiche, non possono attualmente staccarsi da quelli, che sono di pertinenza medica: e però la distinzione tra i due campi di morbi medici e cerusici è affatto arbitraria ed ingiustificabile. Già il nostro rimpianto *Ranzi*, fin dai suoi tempi, parlò alto su tale proposito: e ben disse quando affermò, che lo studio delle sedi, delle cause, del decorso e della stessa terapia non possono fornirci ragioni tali da bene delimitare il campo delle malattie mediche, da quello delle chirurgiche. Infatti le due patologie hanno legami sì stretti tra esse, come gli organi diversi hanno tra loro un intima solidarietà; ricevono entrambe leggi comuni dalla patologia generale; e i vicendevoli legami si stringono più e più sempre, in ragione diretta della coltura sulle scienze affini, che hanno gli esercenti delle cose mediche ed i chirurgi pratici. Solo ci

pare, che una differenza esiste tra i due campi; ed è una differenza di metodo diagnostico; imperciocchè mentre, il medico, nel suo esame, prende a punto di partenza le condizioni generali degli organismi infermi, come gli alterati poteri fisiologici, le discrasie, le costituzioni organiche e procede così allo studio di una località affetta: il chirurgo per contro, nel suo clinico esame, prende a punto di partenza la località morbosa e procede da questa allo studio delle cause, delle condizioni generali: comincia ove il medico finisce, e termina ove quest' ultimo principia; il medico in gran parte raggiunge la sua diagnosi con un processo logico di *deduzione*, il chirurgo la ragginnge con processo logico *d' induzione*. A questa diversità di metodo diagnostico se n'aggiunge un altra desunta dalla terapia, ed è che nella gran maggioranza dei casi, il chirurgo adopera espedienti passivi per sè stessi, se non agissero per la forza e la direzione della sua mano: espedienti in altri termini « *meccanici* » mentre che il medico adopera rimedi dotati di un azione fisiologica e chimica, i quali per mezzo dello assorbimento spiegano un' azione, che è assai più difficile misurare e proporzionare in casi speciali. A quanto ci sembra, son queste le differenze rigorosamente vere tra le due patologie, e solo su di esse fondandoci, noi possiam dire di fare un lavoro, che versi a facilitarci esclusivamente lo studio della clinica chirurgica.

» La natura del nostro argomento ci obbliga a dividere il lavoro in tre parti. Nella prima esporremo categoricamente il concetto della diagnosi chirurgica e il modo come raggiungerla.

» Nella seconda applicheremo il medesimo processo per diagnosticare i morbi, che si possano trovare in tutte le sedi, e prendendone le generali indicazioni terapiche.

» Nella terza parte infine studieremo i morbi propri di ciascun tessuto od apparecchio, i quali, per l' uso e la terapia, appartengono al dominio puramente chirurgico.

» Tale divisione ci pare logica ed eminentemente pratica; imperciocchè mentre per essa ciascuna parte del lavoro può essere dalle altre indipendente ed autonoma: serbano poi tutte, tra loro, rapporti assai intimi, che si coordinano e si dan mano, rappresentando tre gradazioni logiche di classifica: il genere, la specie, e l' individuo ».

Tessitura questa che consentiamo noi pure ad averla per giudiziosa, piana e molto regolare, la quale mostra tuttavia ch' è frutto di una mente fornita di sodo criterio, d' idee chiare e bene ordinate, sicchè continuata con egual lena ed amore indispensabilmente riescirà vantaggiosa e ben' anco di lustro agli studi chirugici in Italia, per cui sin da questo momento ne tributiamo all' egregio Autore le nostre sincere felicitazioni.

Ferdinando Verardini

VARIETÀ

LE ACQUE TERMALI D' AACHEN (Aquisgrana).

Siamo pregati di chiamare l' attenzione dei nostri lettori su queste acque già da secoli come salutifere rinomate in Germania, già note a' Romani, e divenute famose ovunque dapoichè Carlomagno ai « *tiepidi lavacri d' Aquisgrano........ venia del campo a tergere il nobile sudor* ».

Dal 1865 in quà si è cominciato un attivo commercio in Germania e all' Estero di queste acque dopoche, affidata la sorveglianza dell' imbottigliamento ad un Chimico reputato, si è potuto ottenere di conservarle così in bottiglie, affatto inalterate, per lungo tempo. Il Comune, possessore delle sorgenti, è egli stesso garante dell' autenticità dell' acqua spedita in commercio.

Analisi istituita dal Liebig *dell' acqua della sorgente imperiale*

(Kaiserquelle) in 10000 Gr.

Cloruro di sodio . . .	26, 161
Bromuro di sodio . . .	0, 036

Joduro di sodio. . . .	0, 005
Solfuro di sodio. . . .	0, 136
Solfato di soda	2, 836
Solfato di potassa . . .	1, 527
Carbonato di soda. . .	6, 449
Carbonato di litio . . .	0, 029
Carbonato di magnesia .	0, 506
Carbonato di calce. . .	1, 579
Carbonato di stronziana.	0, 002
Carbon. di ferro ossidulato	0, 095
Acido silicico.	0, 661
Materie organiche . . .	0, 769
Somma	40, 791 Gr.
Acido carbonico libero .	5, 000

Secondo il Prof. *Bunsen* facendo bollire 10 litri di questa acqua termale ad una pressione di 0, 760 millim. si ottengono i seguenti gas:

Acido carbonico .	1269, 4 cent. cub.
Azoto	127, 8
Ossigeno	17, 6
Idrogeno solforato.	5, 2
Somma	1420, 0

Gettando un colpo d' occhio sulle predette analisi è facile arguire in quali malattie possano riuscire giovevoli le predette acque, che ponno chiamarsi acque termali saline, alcaline, solforose, e acidulo-gasose.

Pel loro principio mineralizzatore principale, il cloruro di sodio, sono esse indicate nelle malattie che con profitto ricevano cura da *blandi aperienti*; virtù che riceve accrescimento dalla non lievissima quantità di solfato di soda e di potassa. I quali ultimi minerali rendono le acque istesse proficue come *risolventi*.

La rilevante quantità poi di *bicarbonato di soda*, e l'*acido carbonico libero* le renderanno molto amiche dello stomaco e sempreppiù atte a vincere le varie *affezioni*

catarrali croniche. Al quale ultimo scopo potrà contribuire il gas idrogeno solforato specialmente per ciò che riguarda le croniche affezioni catarrali dell' albero aereo.

Finalmente, usate come bagno, potranno per le loro qualità alcaline, e solforose, riescire utili contro alcune malattie croniche della pelle.

In Aquisgrana si bevono calde nella quantità di 1[4 di litro fino ad un litro e più al giorno; e talora si usa di mescolarle al latte.

Prese in casa possono essere prima riscaldate; e se si voglia conciliar loro una virtù purgativa maggiore, può esservi unito qualche poco di solfato di soda, o sale inglese, o del sale estratto d.lle acque di Karlsbad.

In Germania si vende l' acqua di *Aachen* in tutti i principali negozi di acque minerali, ma può anche direttamente ordinarsi all' Amministrazione Comunale delle Sorgenti in Aquisgrana « *Städtischen Brunnenverwaltung in Aachen* ».

CONVENZIONE PER BALIATICO FORESE E DOMESTICO. — Lettera al Presidente della Reale Accademia di Medicina di Torino del Prof. *Scipione Giordano.*

> « Le doute n'existe plus; c'est á l' industrie nourriciere qu' il faut attribuer ces morts si nombreuses, que l'on ne constate guère que là ou elle s'exerce. Nous sommes en présence du véritable plobléme...... etc. ».
> (LEON LEFORT, *Revue des 2 Mondes, 15 mars 1870*)

> « Trés bien! Ma e poi? Qual è la soluzione del problema? Il sig. *Lefort* lascia il tempo come lo trova ».
> (SCIPIONE GIORDANO)

Illustrissimo Signor Presidente

Mi pregio di presentare ai Colleghi, acciocchè vogliano dar loro quella maggior diffusione che è nell' interesse umanitario, pel quale furono da me ideate e fatte stampare, le qui unite schede, alle quali ho dato di proposito la forma notarile di una scrittura privata, perchè di que-

sta appunto si tratta, cioè di un contratto, forse il più importante di tutta la vita, come quello che ha per oggetto la tutela della prima infanzia, senza la quale non v' ha adolescenza, nè età adulta.

Il secolo presente, meglio che dalle ferrovie o dall' elettrico, meriterebbe intitolarsi dalla Carità civile, e ciò in particolar modo per quella gara benevola, che si è destata tra le nazioni più colte, di sviscerare tutto quanto valga a coltivare, e far prospera, fin da' suoi primissimi germogli, questa pianta umana, la più delicata e pericolante di tutte.

E a tale scopo, da parecchi anni, tendono i filantropi cogl' Incunaboli, cogli Asili, coi Giardini d' infanzia, coi ragionati metodi d' allevamento e d' insegnamento, colle pubblicazioni, coi Congressi pedagogici, colle inchieste, colle discussioni de' Corpi scientifici, tra le quali, poichè fa più specialmente al proposito mio, rammento quella durata per 4 lunghi anni dall' Accademia medica di Parigi, seguita poscia, più brevemente, da questa nostra di Torino; le proposte, i gridi d' allarme della pubblica stampa intorno a molti abusi delle balie, delle stesse madri, siccome ne fa fede un recente articolo del *Pall Mall Budget* (1) di Londra, che segnala la rea abitudine colà invalsa nella classe operaia di acquetar i proprii bambini col laudano; tutti conati ammirabili, i quali rivelano la grande e giusta sollecitudine che l' infanzia da tanto tempo abbandonata, non negli ospizii soltanto, viene eccitando dovunque. — Ma in mezzo a questo movimento, che dirò paterno, dell' Europa e dell' America, una lacuna pure esiste ancora; e mi stupisce che la Germania, così minuta indagatrice dei minimi, non l' abbia per anco avvertita; e desidero, per l' onore del mio paese, che copia cotanto, e forse troppo, dagl' altri, e per la riforma de' suoi costumi, al cui miglioramento anche i progressi in apparenza piccoli possono giovare moltissimo, desidero, dico, che sia in Italia primamente colmata.

Questa lacuna è la tutela efficace e legale dei bambini dati a balia, cioè a nutrice mercenaria.

È singolare, e singolarmente illogica, per non dire peggio, questa nostra società, nella quale per gli atti i meno importanti relativamente, come sarebbero il tra-

(1) *Pall Mall Budget*, numero dell' 8 Novembre 1872.

passo di una cedola, un'assicurazione, un contratto di locazione (e ognuno di noi che non dorma a cielo scoperto ne possiede un esemplare) si consumano, si sciupano, starei per dire, se non ne avesse giovamento la Finanza, a staia, a moggia, i francobolli, i fogli costosissimi di carta bollata; si moltiplicano a guarentigia dei materiali interessi gli atti legali, e poi, a tutela di un essere delicato, inerme qual è l'uomo appena nato, che si consegna a mercenaria nutrice, sbalestrandolo lontano sovente parecchie miglia dal tetto materno, orbato di ogni affettuosa sorveglianza, la Società si contenta di una verbale convenzione, basata sulla pura consuetudine e troppo sovente violata dalla colpevole negligenza, dalla cupidità, dall'ignoranza di una delle due parti!

Di qui (poichè la parola non scritta e la fragil egida della consuetudine non hanno nè ponno avere valore alcuno), i tardi rammarichi, le controversie, i piati tra i committenti ed i balianti, i mali umori d'entrambi, e il danno inevitabile, che ben sovente finisce colla morte, del lattante!

È indispensabile pertanto, che in una società civile un momento di tanta importanza, qual è la consegna, l'affidamento, a lunga mora, di un neonato a una persona straniera alla famiglia sia regolato da un contratto più che verbale, da un atto formale che all'occorrenza possa avere forza legale, dal quale sieno efficacemente guarentiti gl'interessi del bambino, non meno che quelli della balia. — Dico anche quelli della balia, imperocchè il baliatico è un contratto bilaterale, nel quale non dee contemplarsi solamente il lattante, ma altresì la balia, questa avendo pure il diritto di essere tutelata dal lattante, che può essere per lei il serpe riscaldato in seno; — nissuno diffatti ignora quanto facile sia la trasmissione di malattie, tra le quali principalissima la sifilide, per mezzo dei lattanti, ne' quali essa ha incesso insidioso e lento, ed io potrei dalla mia lunga esperienza trarre frequenti esempi di povere donne, nutrici, delle loro numerose famiglie, di intere borgate per questa via dell'allattamento rovinate; di liti, di giusti sdegni, di spese infinite; riputazioni di onorate famiglie, di onestissime madri pubblicamente svergognate......., e tutto ciò per l'abitudine scioccamente bonaria di non annettere importanza, e di non determinare seriamente le condizioni di questo primo commercio che è l'alattamento non materno.

Credo averne detto abbastanza ai pratici di siffatta materia, perchè sia loro dimostrata la necessità di codesto, ch' io chiamerò, coronamento dell' edificio pedagogico, al quale l' età nostra stà così amorevolmente lavorando.

Di questa edotto io, già da molti anni, era uso nell'affidamento a balia dei figli de' miei clienti formolar a penna alcuni articoli di convenzione per doppio originale, uno de' quali segnato dal consegnatario del bambino, l' altro dal balio o da qualche parente responsabile della balia. Però la considerazione del grande vantaggio, che si avrebbe a rendere quel capitolato di uso popolare e più spedito, mi ha indotto a farlo stampare, e a metterlo in commercio colla persuasione di fare un vero servizio al pubblico.

Due sono i baliatici: quello *domestico* e quello *fuori del tetto paterno*; — ognuno dei due avendo esigenze e doveri speciali, questo maggiori ancora di quello, che è fatto sotto la sorveglianza dei genitori, ho compilato due formole diverse (1); ognuna a sua volta è in doppio esemplare, dei quali l' uno (**B**) segnato dall' affidante è rimesso alla balia; l' altro (**A**) segnato per parte della balia, resta in mani all' affidante: dall' esame dei moduli, è facile rilevarne gli scopi ed i vantaggi.

Delle due formule però stimo più utile, e desidero si volgarizzi principalmente la seconda, quella del baliatico esterno, o forese, nel quale le malleverie pel bambino non son mai troppe, e l' ignoranza dei genitori, che appartengono per lo più a classi meno elevate o colte, ha bisogno d' essere sorretta da una formula stampata che loro serva come di Catechismo in argomento per la maggior parte dei medesimi nuovo e intricato.

Ho poi voluto dare allo stampato la medesima forma che hanno generalmente gli atti contrattuali, perchè, oltrechè, lo ripeto, gli è uno di questi, quella forma ha maggiore imponenza, aspetto più sacramentale agli occhi volgari.

Ma non è soltanto codesto di impartire valore e forza legale a un atto di tanta levatura sociale, qual è l'affidamento a balia di un tenero bambino, lo scopo del mio lavoro; questo anzi è quasi secondario e serve di veicolo a un altro, forse più essenziale, che è la diffusione, per

---

(1) Si veadono presso le principali Farmacie di Torino.

questo mezzo sicura e veramenle popolare, delle principali e più sane massime di allevamento.

É noto, che propizio terreno alla gramigna delle superstizioni, e dei pregiudizii sia quel femmineo sesso al quale, più che la proditoria e passeggera bellezza, soltanto la grande sua bontà di cuore può far perdonare le troppo frequenti debolezze della mente; a sradicarneli, a porre la donna madre, e nutrice, a livello dei progressi che in tutti i rami del civil vivere, della Pedagogia specialmente, si vengono operando, dotti cultori dell' igiene infantile, Medici distinti, dei quali l' Accademia novera nel suo seno parecchi, da un quarto di secolo all' incirca, dacchè l'alito di libertà si fe' sentire in questa nostra patria, si dedicarono al modesto ma veramente umanitario ufficio di scrivere libri e giornali popolari intorno ai più razionali metodi di allevamento dei bambini, ed io medesimo in più umile sfera, cioè sui lunari, fin dal 1850 mi associai a questa generosa crociata.

Ma devo pur confessarlo (e credo questa mia confessione condivisa dai colleghi), io mi sento profondamente sfiduciato, vedendo come, dopo tanti anni di lotta (così da certuni si chiama il ripetere ogni giorno le medesime cose), que' pregiudizi, che nell' ingenuo nostro amor proprio d' autori credevamo vinti e sbaragliati per sempre, rifioriscano tuttora con una freschezza e rigogliosità tale da disgradarne il favoloso sviluppo dell' *Eucalyptus*! Egli è che in siffatti argomenti non basta scrivere più o meno volgarmente pel popolo, far libri piccini, che col formato e col tenue prezzo seducano il popolo; e intitolarli...... al popolo: queste pubblicazioni, le quali tra noi autori hanno sempre un successo di ammirazione, non vanno quasi mai al loro indirizzo, o sono comprovate al più da coloro che non ne avrebbero necessità speciale; e se anche sieno vendute per un nulla o regalate da filantropi a chi ne avebbe vero bisogno, al contadino, all' operaio, questi non li leggono; senza contare che il libro *popolare* è in sospetto di *liberalesco* presso i neri autocrati del volgo, e pertanto finisce d' ordinario in quell' uso...... che non era certamente in cima al pensiero de' suoi autori. Queste considerazioni meritano di essere in grande calcolo tenute da chi fa la statistica morale di una nazione, e creda misurarne il progresso intellettuale dalla soddisfazione finanziaria dei tipografi!.......

Vuolsi adunqne trovar modo, che i buoni principii di allevamento sieno non solamente stampati, ma letti; e

letti non già dalle persone colte, ma dai gonzi; non per amore, cioè per merito di stile e vanagloria d'autore, ma per forza, cioè per artifizio di congegno ad esclusivo benefizio dell' ignoranza; e questo modo, per ciò che riguarda l' allattamento, io credo averlo trovato nell' anzidetta formola di Convenzione, la quale se attecchirà, come, mercè vostra, spero, tra le usanze famigliari e popolari, la pratica delle buone massime d' allevamento verra prontamente e stabilmente assicurata.

Per raggiugnere il propostomi intento ho formolato tutto quanto si riferisce all'allattamento *domestico* o *forese*, ai suoi precetti, ai suoi pregiudizii, in altrettante annotazioni esplicative, alle quali il lettore è rimandato da altrettanti numeri del capitolato di contratto, man mano se ne presenta il destro.

Delle materie contenute nelle medesime, messe in ordine didattico e in più venusto abito di stile, avrei facilmente potuto fare un bel libretto di così detta *Scienza per il popolo*; ma ho mirato dritto al mio scopo - *l'Utile Pratico* - e le ho lasciate in maschera di note e nella loro irregolarità studiata, pur di non aver dimenticato nulla d' importante, pur d' esser letto dagli interessati.

E son sicuro d' esserlo!

Quel pezzo di carta che ha l' aspetto di una vecchia pergamena, tanto più poi, quando sarà unto e bisunto pel lungo soggiorno nelle tasche contadinesche, nelle quali sarà religiosamente custodito come una cedola al portatore, ne verrà pur tratto fuori qualche volta, e commentato nell' ozio del giorno festivo o nel crocchio invernale della stalla..... e, se non tutte, alcune almeno di quelle sane norme, che v' ho stampate in linguaggio rurale, rimarrà scolpita in qualche dura cervice: e così da una oscura, picciola, ma pratica, riforma di balorde consuetudini patriarcali verrà forse in parte risolto il problema, rimasto finora insoluto « della diminuzione della grande mortalità dei lattanti ».

Torino addì 31 Dicembre 1872.

Congresso Medico Internazionale. — IIIª Sessione in Vienna.

Quantunque non abbia ancora avuto luogo per parte della Direzione dell' Esposizione Internazionale di Vienna, cui spetta, come ci viene detto, la pubblicazione *ufficiale* del Programma del Congresso Medico, ci affrettiamo però in riguardo all' approssimarsene l' epoca, a dare qui posto alla seguente communicazione *officiosa* pubblicata in Vienna e che abbiamo ricevuto dalla Segretaria generale del Congresso.

Statuti del III° Congresso Medico Internazione in Vienna

Il terzo Congresso Medico Internazionale è posto sotto il protettorato di S. A. I. R. Arciduca Ranieri.

I. — Il Congresso avra luogo al tempo della Esposizione mondiale di Vienna e durerà dalli 2 ai 10 Settembre.

II. — Sono Membri del Congresso: 1° i membri del Comitato esecutivo incaricati dei lavori preparatori del Congresso stesso; 2° i delegati ad hoc dei governi, e delle corporazioni scientifiche (Università, Accademie, Società Mediche, Ospedali); 3° tutti quei medici e naturalisti in genere che avranno aderito al Congresso, facendo pervenire alla Presidenza del Congresso medesimo la loro adesione fino al giorno dell' apertura.

III. — Pel terzo Congresso non è richiesto il pagamento d' alcuna tassa.

IV. — Le Sedute del Congresso sono pubbliche. Per la riunione dei membri a scopi scientifici particolari provvederà la Commissione esecutiva e la Società Medica di Vienna.

V. — Tutti i membi del Congresso sono in diritto di prender parte alle discussioni e alle votazioni. Le più minute particolarità a questo proposito verranno stabilite con un ordine del giorno.

VI. — Formano il Programma delle sedute: *a)* i punti del programma che la Commissione esecutiva avrà già stabilito e già preparato per

le Sedute del Congresso; *b*) le questioni che saranno state proposte, almeno prima del 1° Maggio 1873, alla Presidenza e vengano poste all' ordine del giorno di una seduta del Congresso.

VII. — I temi del Programma, proposti fino ad ora dalla Commissione esecutiva sono i seguenti: *a*) questione dell'innesto vaccinico; *b*) le quarantene per riguardo al cholera; *c*) il risanamento delle città; *d*) proposta per avere una farmacopea internazionale; *e*) proposta per avere la maggior possibile uniformità nello studio della medicina in tutti i paesi, e quindi per tutti i medici ovunque il libero esercizio.

VIII — I temi del Programma verranno affidati a volontà della Commissione proponente ad uno o più Relatori per essere studiati e perchè ne siano formulate le relative proposte. Tali relazioni che serviranno per le discussioni nelle sedute del Congresso, saranno stampate prima del Congresso medesimo e verranno distribuite ai Membri.

IX. — La Presidenza nella prima e nell' ultima Seduta del Congresso spetta al Presidente della Commissione esecutiva quale attuale Presidente del Congresso. Nella prima seduta poi si eleggeranno i Presidenti per le altre Sedute. L' ufficio presidenziale del Congresso viene per le Sedute e pel Congresso in genere formata dai Membi della Commissione esecutiva che restano in funzione per tutta la durata del Congresso.

X. — Le votazioni sulle questioni scientifiche, come tali, non si fanno, ma solo sopra proposte che hanno per iscopo una ingerenza del Congresso in misure amministrative per rapporto alle importanti questioni sanitarie.

XI. — Tutte le elezioni e le votazioni a tenore del programma si fanno per ischede.

XII. — La lingua dal 3° Congresso adottata è la Tedesca; nelle discussioni però sono permesse anche le altre lingue. Le comunicazioni della Presidenza si fanno in lingua Tedesca e sono tradotte in lingua Francese, Inglese ed Italiana. La stessa regola si terrà nella redazione degli Atti del Congresso.

XIII. — Nella penultima Seduta del Congresso verrà stabilito il tempo e il luogo del IV Congresso ed eletta la Commissione Esecutiva di esso.

XIV. — Le discussioni verranno poi pubblicate e spedite a tutti i membri.

Ordine delle Sedute del III° Congresso Medico Internazionale

1. — Le Sedute del Congresso al tempo indicato negli Statuti sono quotidiane (ad eccezione della Domenica); e cioè dalle 9 ant. all' 1 pom.

2. — Ciascun Membro riceve, oltre le relazioni stampate sui punti del Programma, un certo numero di schede le une col proprio nome le altre riferentesi all' oggetto messo a votazione.

a) per l' elezione dei Presidenti per le singole sedute,

b) per la scelta del luogo del IV Congresso;

c) per ciascun punto del Programma proposto dalla Commissione Esecutiva, che sara posto ai voti. Alle domande contenute in questa ultima scheda si risponderà solamente con *sì* o con *nò*.

3. — I risultamenti di ogni votazione saranno fatti in modo dall'Uffizio Presidenziale che si possa vedere la votazione dei singoli Delegati non solo ma anche degli altri membri.

4. — La lettura non può essere fatta che dall' Autore. Le memorie e tutti i lavori che hanno attinenza col Congresso, che sono mandate al Segretariato generale del Congresso, verranno in una seduta per ciò stesso stabilita portate a cognizione del Congresso; e se vi saranno copie di questi lavori, verranno distribuiti ai Membri.

5. — Nessun Oratore avrà la parola più di 15 minuti se non sarà autorizzato a proseguire da una decisione del Congresso.

6. — A cura della Presidenza verrà stampato nei giorni del Congresso un giornale che conterrà le comunicazioni che possono interessare i Membri e che verrà ad essi distribuito.

7. — I Rendiconti delle Sedute che esciranno al più presto possibile, conteranno solo le letture, o in sunto o per esteso, che saranno state dagli Autori stessi poste a disposizione del Segretariato generale.

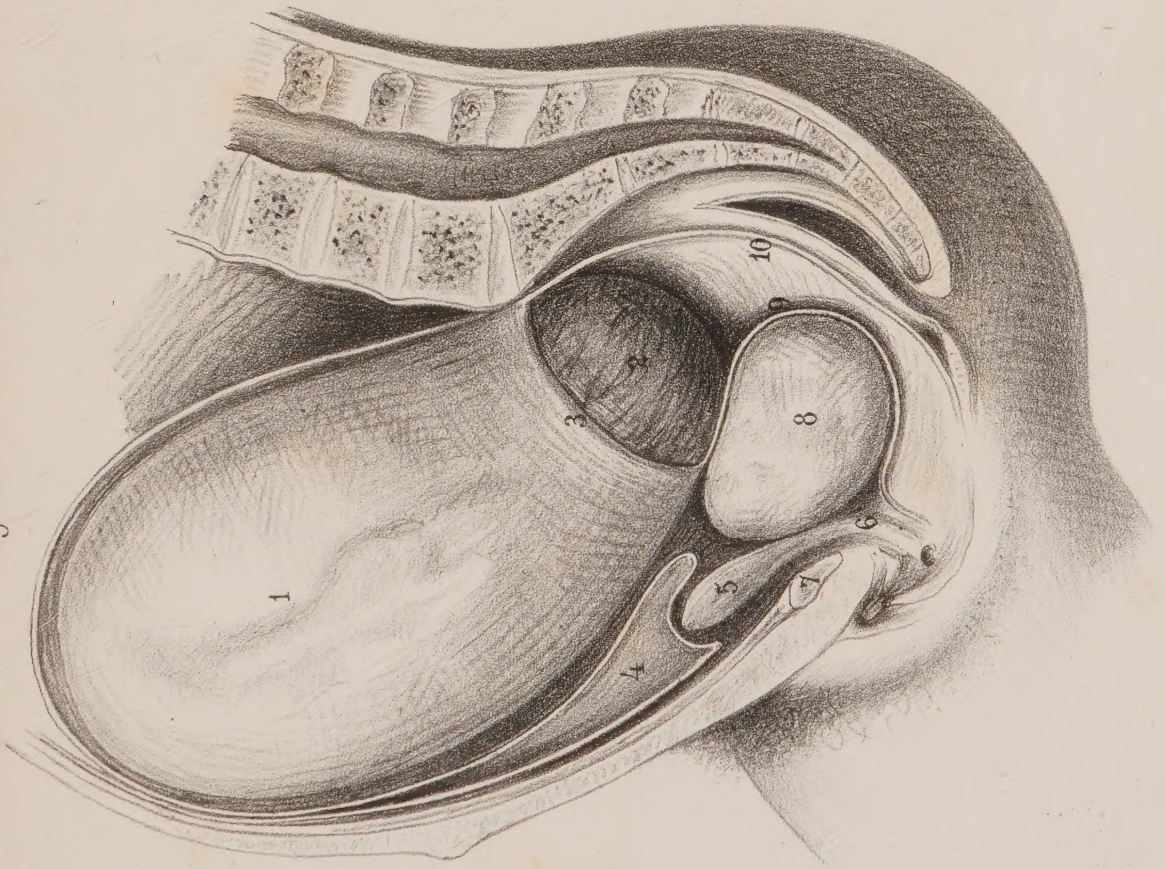
8. — La raccolta e la redazione del rendiconto ufficiale del III° Congresso è affidato al Segretariato generale.

E. Porro - Fibro-mioma uterino.

Fig. 1.

Fig. 2.

O. Nannini lit°.

Bologna. Lit. G. Wenk.

BIBLIOGRAFIA

VARIETÀ

AVVISO

La **Società Medico-Chirurgica di Bologna** fa noto che nell' anno 1873 continuerà a pubblicare il suo *Bullettino* alle seguenti condizioni:

Si pubblicherà ogni mese un Fascicolo di 5 fogli di stampa corredato di tavole, quanto fia d' uopo. Sei fascicoli formeranno un Volume di 30 fogli accompagnato dall' indice delle materie.

Il prezzo dell' associazione annua, che si paga anticipata, è di italiane L. 11 per Bologna, L. 12 franco per lo Stato, e fino al confine, e L. 13,50 franco per l' Estero.

Le Associazioni si ricevono presso la Societa stessa in Bologna nell'antico Archiginnasio sotto il Portico del Pavaglione.

Gli articoli da inserire nel Bullettino, i denari e le lettere devono spedirsi coll' indicazione del rispettivo Nome e Cognome, e franchi di ogni spesa, alla *Società Medico-Chirurgica di Bologna*, ed ove non pervenga cenno di ricevuta col primo fascicolo susseguente, devesi subito far reclamo tanto alla Società, che all' Ufficio postale.

Verrano donate all' Autore di ogni Memoria originale inserita in questo Bullettino copie 25 a parte.

Chi prima della fine dell' anno non avrà avvisato in proposito, si terrà come associato anche per l' anno venturo.

Condotte Medico-Chirurgiche

Comune di Neviano degli Arduini (Parma) — Condotta medico-chirurgica coll' assegno annuo di L. 1400 con abitazione, più L. 100 per la vaccinazione. Concorso a tutto Aprile.

Comune di Navo (Brescia) — A tutto Aprile resta aperto il concorso alla condotta medica. Stipendio annuo di L. 2300.

Comune di Brivio (Como) — Concorso a tutto Aprile alla condotta medico-chirurgica con annue L. 3000.

Comune di Noventa Vicentina (Vicenza) — Condotta medico-chirurgica. Stipendio annuo L. 2300. Concorso a tutto Aprile.

Comune di Recanati — A tutto il 5 Maggio resta aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 2000.

Comune di Calbordolo. Circondario di Urbino — Concorso aperto sino al 10 Maggio alla condotta medico-chirurgica coll' annuo stipendio di L. 3000, coll' abitazione.

Comune di Monte Falcone Appenino — A tutto il 9 Giugno resta aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica coll' assegno annuo di L. 2125.

Sciroppo di Catrame e Glicerina preparato dal farmacista *A. Sabbattini* in Ancona.

Questo Sciroppo preparato a freddo con processo tutto particolare contiene circa il 10 per cento di principii resinosi ed una proporzionata quantità di Glicerina; ed è quindi molto raccomandato nelle malattie lenti di petto, nei catarri intestinali e vescicali, ed in generale in tutte le affezioni delle Mucose.